

### Pilootprojecten chronic care

12 pilootprojecten geïntegreerde zorg streven naar verbeterde levenskwaliteit van chronisch zieken zodat ze zo goed mogelijk kunnen leven zowel in hun eigen omgeving als in de gemeenschap, en op een actieve manier hun zorgproces kunnen beheren. De evolutie naar geïntegreerde zorg kadert in de richting die CM wil uitgaan als gezondheidsfonds en ook in het brede kader van de positieve gezondheid.

### Organisatie chronische zorg in een thuiszorgorganisatie

Onderzoek wees uit dat er bij Wit-Gele Kruis Limburg een goede ondersteuning is voor de organisatie van chronische zorg. Wat betreft zelfmanagementondersteuning en integratie van de chronische zorgcomponenten is verbetering mogelijk. Het feit dat al de geïnterviewden het concept van zelfmanagement willen ondersteunen, is een belangrijke bevorderende factor.

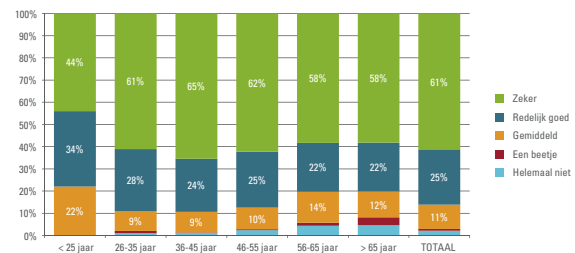
### Samen voor Positieve Gezondheid

De CM-studie toont aan dat gezondheid niet voor iedereen hetzelfde is, dat niet alles binnen gezondheid even belangrijk is voor elk individu. En ook daar draait Positieve Gezondheid om: het gesprek aangaan met de persoon over wat voor hem of haar belangrijk is in zijn of haar leven en waaraan men zélf wil werken.

### Evaluatie 'Je cours pour ma forme'

Het primaire doel van het programma - het opnieuw aan het bewegen krijgen - is volledig bereikt.

Figuur 12: Heeft JCPMF u (opnieuw) zin gegeven om meer te bewegen?



Tabel 2: Van wie ben je afhankelijk voor je verplaatsingen?

Van mijn partner	59%
Van een ander gezinslid (bv. inwonende ouders of kinderen)	22%
Van niet-inwonende familie	26%
Van burens	7%
Van vrienden	23%
Van een persoonlijke assistent (PAB)	2%
Van Minder Mobielen Vervoer	5%
Van andere specifieke organisaties ?	7%

### Vervoersarmoede bij chronisch zieken

Een meerderheid schat de eigen mobiliteit hoog erg hoog in. Wie voor zijn verplaatsing wél afhankelijk is van anderen, zoekt meer hulp in de eigen sociale omgeving dan bij gespecialiseerde organisaties.





Chronische ziekten vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak. In Europa sterft 80% van de bevolking aan een chronische ziekte. Ook in België leeft een vierde van de bevolking met één of meer chronische of langdurige aandoeningen. Ons huidig zorgmodel moet beter afgestemd worden op de uitdagingen die deze chronische ziekten met zich meebrengen.

Het "Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid" wil via integratie in de zorg een antwoord bieden op deze uitdagingen. Onder de naam "Integreo" zijn in 2018 twaalf pilootprojecten geïntegreerde zorg gestart in een vierjarig traject. CM is hierin een van de partners. Dit Plan streeft naar geïntegreerde zorg waarbij de verschillende zorgactoren en -systemen op een gecoördineerde manier samenwerken, op elkaar afgestemd zijn én waar de patiënt centraal staat. Het plan stelt dat de noodzakelijke veranderingen gerealiseerd moeten worden in nauw overleg met de patiënt, het werkterrein, de belanghebbenden, maar ook met de verschillende beleidsniveaus en overheden. De pilootprojecten geïntegreerde zorg zullen inderdaad slechts slagen als er voldoende engagement is van alle partners. We geven in dit nummer een stand van zaken van de projecten.

Een studie van Vincent Moermans (Wit-Gele kruis) en Gertie Bours (universiteit Maastricht), waarin bij relevante actoren gestandaardiseerde vragenlijsten werden afgenomen, komt tot dezelfde besluiten. Zelfmanagementondersteuning van de patiënt en integratie van de chronische zorgcomponenten scoren momenteel onvoldoende. Positief is dat al de geïnterviewde personen het concept van zelfmanagement wensen te ondersteunen. Verschillende belemmerende factoren voor het implementeren van zelfmanagementondersteuning komen aan bod in de studie. De vertegenwoordigers van de patiëntenorganisatie en de dienst voor gezinszorg geven aan dat het concept van zelfmanagement niet afgestemd is op de bestaande waarden en werkmethodes, en dit door een paternalistische houding van bepaalde zorgverleners. De volgende uitspraak benadrukt dit: *"De patiënt centraal stellen vinden we wel allemaal goed en iedereen staat daar achter, maar ondertussen doen we aanbodgestuurd verder."* Ook de wet- en regelgeving werd als een belangrijke belemmerende factor aangehaald. Het ondersteunen en stimuleren van zelfzorg wordt niet financieel gestimuleerd. De vertegenwoordiger van het woonzorgcentrum beschrijft het als volgt: *"Hoe hulpbehoevender een patiënt is, hoe meer geld we ontvangen. Deze regelgeving werkt zelfmanagement tegen."*

Een enquête naar aanleiding van het CM-symposium 'Samen voor Positieve Gezondheid' toont eveneens aan dat de Belgen klaar zijn voor een nieuw concept van gezondheid en gezondheidszorg waarbij mensen in hun eigen kracht worden

aangesproken, en niet alleen in hun zwakte. Gezondheid wordt in dit concept omschreven als "het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven". In plaats van gezondheid te bekijken als een 'onbereikbaar' doel van volledig welbevinden (definitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie), wordt ze benaderd als een middel om een kwaliteitsvol leven te leiden. De focus ligt dus op de mate waarin men zichzelf in staat acht om veerkrachtig om te gaan met complexe situaties in het leven.

Het concept 'Positieve Gezondheid' biedt een brede kijk op hoe we als individu én als samenleving gezondheid kunnen beleven: gezondheid is meer dan fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Het gaat ook over zaken als zingeving, over dagelijks functioneren en over levenskwaliteit. De resultaten zijn eenduidig: CM leden, en bij uitbreiding de Belgen, lijken klaar voor een breder concept dat gezondheid opentrekt van lichaamsfuncties en mentaal welbevinden naar kwaliteit van leven, zingeving, meedoen en dagelijks functioneren.

Het belang van het in staat zijn van een stuk eigen regie te voeren en daarvoor de ondersteuning te krijgen wanneer nodig, blijkt uit een studie van Samana met als titel *"Ik geraak er niet. Vervoersarmoede, een probleem voor mensen met een chronische ziekte?"* Mobiliteit is een basisrecht. Helaas is dit voor mensen met een chronische ziekte niet zo evident. Maar gelukkig zijn velen veerkrachtig genoeg om zich goed te organiseren en schatten de ondervraagden hun mobiliteit erg hoog in. Zij doen vooral beroep op de naaste omgeving wanneer zij hulp nodig hebben om zich te verplaatsen. De wagen blijft het vervoersmiddel bij uitstek. De groep die wel mobiliteitsdrempels ervaart stelt de verplaatsingen veelal uit om financiële redenen. Het openbaar vervoer wordt niet gezien als een geschikt alternatief, en ook de kennis over en het gebruik van het aangepast vervoersaanbod zijn erg beperkt. Met de resultaten wil Samana gerichte acties en initiatieven opzetten om drempels die de doelgroep ervaart op het vlak van mobiliteit zoveel mogelijk weg te werken.

Ook het aanbieden van gezondheidsbevorderende initiatieven zoals het promoten van beweging door programma's als 'Je cours pour ma forme' sluit perfect aan bij heel wat dimensies en deelaspecten van het 'spinnenwebdiagram', de tool van het concept Positieve Gezondheid. De evaluatie van het programma toont een 'positief' effect aan met onder andere betere slaap, minder stress, meer aandacht voor gezonde voeding en minder roken en zelfs minder gebruik van kalmeermiddelen en slaapmedicatie.

*Michiel Callens*

*Directeur Studiedienst*

## Twaalf pilootprojecten op weg naar meer geïntegreerde zorg

Kim Cierkens, Departement Onderzoek en Ontwikkeling LCM

Met dank aan: Michiel Callens (Departement Onderzoek en Ontwikkeling), Alex Peltier (Departement Gezondheidsbeleid), Naïma Regueras en Jonathan Bouvy (Dienst politiek beleid MCFG), Eline Senesael (Departement Zorg)

### Samenvatting

*Chronische ziekten vormen wereldwijd de belangrijkste doodsoorzaak. In Europa sterft 80% van de bevolking aan een chronische ziekte<sup>1</sup>. Ook in België leeft een vierde van de bevolking met één of meer chronische of langdurige aandoeningen<sup>2</sup>. Ons huidige zorgmodel is niet afgestemd op de uitdagingen die deze chronische ziekten met zich meebrengen.*

*Onder de naam "Integreo"<sup>3</sup> zijn in 2018 twaalf pilootprojecten geïntegreerde zorg in een vierjarig traject rond geïntegreerde zorg<sup>4</sup> gestart. De pilootprojecten streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking, prioritair van de personen met één of meerdere chronische aandoeningen zodat ze zo goed mogelijk kunnen leven zowel in hun eigen omgeving als in de gemeenschap, en op een actieve manier hun zorgproces kunnen beheren.*

*CM steunt deze pilootprojecten geïntegreerde zorg en werkt er op verschillende niveaus actief aan mee. We zijn ervan overtuigd dat we, als gezondheidsfonds, mee de weg moeten inslaan naar meer geïntegreerde zorg. We willen meebouwen aan een geïntegreerd zorgmodel dat zowel tegemoet komt aan de noden van de steeds groter wordende groep patiënten, als een meerwaarde betekent voor alle burgers. We beseffen dat dit geen eenvoudige oefening is en dat er nog verschillende knelpunten uitgeklaard moeten worden. De pilootprojecten geïntegreerde zorg kunnen volgens ons enkel slagen als er voldoende engagement is van de verschillende actoren op het terrein en van de verschillende overheden.*

***Sleutelwoorden:** chronisch ziekten, geïntegreerde zorg, pilootprojecten geïntegreerde zorg, patient empowerment, equity, principes triple aim*

- 1 European Observatory on Health Systems and Policies (2010) "Tackling chronic disease in Europe. Disease burden and deaths from noncommunicable diseases in the WHO European Region by cause." (2005) - [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96632/E93736.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf)
- 2 Chronische ziekten worden gedefinieerd als "langdurige aandoeningen met een meestal langzame progressie". Zie ook de definitie van WHO: "Noncommunicable diseases (NCDs), also known as chronic diseases, are not passed from person to person. They are of long duration and generally slow progression. The four main types of noncommunicable diseases are cardiovascular diseases (like heart attacks and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructed pulmonary disease and asthma) and diabetes.", te raadplegen via [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/)
- 3 Meer informatie is terug te vinden op de website van Integreo: <https://www.integreo.be>
- 4 Geïntegreerde zorg wordt gedefinieerd als: "Geïntegreerde gezondheidszorg is gezondheidszorg die beheerd en geleverd wordt op een manier die garandeert dat personen verzorgd worden in een continuüm van gezondheidsbevordering, ziektepreventie, diagnose, behandeling, ziektemanagement, rehabilitatie en palliatieve zorg, op verschillende niveaus en plaatsen binnen het gezondheidssysteem, en volgens hun behoeften doorheen hun levensloop". Zie ook de definitie van WHO: "Integrated health services: the management and delivery of health services so that clients receive a continuum of preventive and curative services according to their needs over time and across different levels of the health system." Terug te vinden in: "Integrated health services: what and why", 2008, te raadplegen via [http://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf)

## 1. Inleiding

Ons gezondheidszorgsysteem heeft nood aan veranderingen om performantere antwoorden te bieden op de huidige en toekomstige uitdagingen zoals de toename van het aantal chronisch zieken, de toename van complexe multimorbiditeit en de vergrijzing. De middelen zijn beperkt, terwijl de kosten voor zorg stijgen. Het “Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid” (het Plan) wil via integratie in de zorg een antwoord bieden op deze uitdagingen. Dit Plan streeft naar geïntegreerde zorg waarbij de verschillende zorgactoren en -systemen op een gecoördineerde manier samenwerken, op elkaar afgestemd zijn én waar de patiënt centraal staat. Het Plan stelt dat de noodzakelijke veranderingen gerealiseerd moeten worden in nauw overleg met de patiënt, het werkterrein, de belanghebbenden, maar ook met de verschillende beleidsniveaus en overheden. De veranderingen zullen bottom-up groeien via verschillende pilotprojecten geïntegreerde zorg.

Dit jaar zijn twaalf pilotprojecten, verspreid over het land, gestart aan de uitvoeringsfase waarin ze hun actieplannen rond geïntegreerde zorg in de praktijk zullen omzetten. Deze pilotprojecten werden geselecteerd door een jury en sloten een overeenkomst af met het Verzekeringscomité<sup>5</sup>. Hoewel de verschillende pilotprojecten elk hun eigenheid hebben, zijn er toch verschillende raakpunten en overeenkomsten tussen de pilotprojecten en botsen ze op min of meer dezelfde grenzen en knelpunten.

## 2. Plan geïntegreerde zorg<sup>6</sup>

### 2.1. Context

Ons gezondheidszorgsysteem is vandaag onvoldoende aangepast aan het stijgend aantal burgers met één of meerdere chronische aandoeningen. Ons huidig systeem is voornamelijk gericht op acute situaties, het is gefragmenteerd en er is onvoldoende integratie en interactie tussen de verschillende zorgvormen. Het volstaat vandaag niet langer om te reageren op een opstoot van de ziekte en de symptomen, die geleidelijk

ontstaan, te behandelen. Crisissen moeten niet alleen opgelost worden, maar moeten bovenal waar mogelijk vermeden worden.

Gezondheid gaat over meer dan het puur “medische aspect”. Kwalitatieve zorg gaat uit van een holistische benadering. De behoeften van een chronisch zieke zijn immers uiteenlopend: medisch, maar ook psychologisch (behoefte aan informatie, emotionele ondersteuning), sociaal (nood aan hulp bij het dagelijks functioneren, integratie in de samenleving) en spiritueel (zoeken naar een zinvolle dagbesteding en zingeving). Het grootste deel van de personen met een chronische aandoening is in staat om zijn of haar ziekte zelf te beheren (self-management/self-care). Daarentegen hebben zogenaamde hoog-complexe patiënten vaak behoefte aan externe ondersteuning voor de coördinatie van de nodige zorgen (casemanagement), bv. door een mantelzorger, maatschappelijk werker of andere professionele hulpverlener<sup>7</sup>.

### 2.2. Historiek

Laurette Onkelinx, toenmalig minister van Volksgezondheid, gaf in juli 2011 aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) de opdracht om samen met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV een “position paper”<sup>8</sup> op te stellen over de toekomstige organisatie van de zorg voor chronisch zieken. Deze KCE position paper werd eind 2012 gepubliceerd. Om de aanbevelingen vanwege het KCE te concretiseren, werden in 2013, door een werkgroep van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, ideeën voor concrete acties uitgewerkt in een Oriëntatienota<sup>9</sup>. Eind maart 2015 werd door deze Interministeriële Conferentie een “Gemeenschappelijke verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken” goedgekeurd die de basis vormt voor de samenwerking tussen de gemeenschappen, de gewesten en de federale overheid in het kader van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. In uitwerking van deze verklaring kwam er in oktober 2015 een “Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken: Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid”<sup>10</sup>.

Dit Plan wil nieuwe zorgmodellen ontwikkelen, om zo te komen tot geïntegreerde zorg voor chronisch zieken waarbij de patiënt met zijn behoeften en capaciteiten centraal staat. De veranderingen in de zorg zullen via pilotprojecten bottom-up groeien.

5 Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging (Verzekeringscomité) staat in voor de taken die nauwer verbonden zijn met de zorgverleners en de geneeskundige verstrekkingen. Het is samengesteld uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de zorgverleners. Vertegenwoordigers van de sociale partners hebben hierin zitting met adviserende stem.

6 Voor meer informatie, zie ook: Michèle Morel, Het plan chronisch zieken: geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid?, CM-Informatie 266, december 2016.

7 Zie [http://www.opimec.org/media/files/BOOK\\_OPIMEC\\_100818.pdf](http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf)

8 KCE position paper “Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België” (2012): [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_190A\\_organisatie\\_zorg\\_chronisch\\_zieken\\_Position%20Paper\\_0\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf)

9 Oriëntatienota “Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België” (2013): <https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/orientatienota.pdf>

10 Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid (2015): [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan\\_nl.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_nl.pdf)

## 2.3. Principles

### 2.3.1. Triple aim, jobtevredenheid en equity

De missie van het Plan geïntegreerde zorg is streven naar een verbetering van de levenskwaliteit van de bevolking en prioritair die van personen met één of meerdere chronische aandoeningen. Het Plan vertrekt van het **Triple Aim principle** als globale doelstelling:

- de gezondheid van de bevolking in het algemeen verbeteren, en van de chronisch zieken in het bijzonder
- de kwaliteit van chronische zorg verbeteren (op het vlak van toegankelijkheid, evidence-based practice,...) en zo de levenskwaliteit verhogen
- de toegewezen middelen efficiënter gebruiken (betere zorg aanbieden met dezelfde middelen: kostenneutraliteit)

Figuur 1: Triple Aim principe<sup>11</sup>



Daarbij moet er ook aandacht zijn voor de zelfredzaamheid van de patiënt, de specifieke gezondheidstoestand en het welzijn van de patiënt en zijn omgeving (people-centered), net als voor **de tevredenheid van de patiënt en van de professionele zorgverleners** over de kwaliteit van de verleende zorg. De belangrijkste toetssteen is de levenskwaliteit van de persoon met een zorgnood. Het beoogde zorgmodel moet ook gericht zijn op **equity** en dus het wegwerken van gezondheidsongelijkheden, met specifieke aandacht voor de financiële toegankelijkheid van zorg en de vermindering van gezondheidsongelijkheden.

### 2.3.2. Geïntegreerde zorg op verschillende niveaus

De zorg, zoals die vandaag georganiseerd is, is vaak te gefragmenteerd. De verschillende zorgvormen zijn niet of onvoldoende op elkaar afgestemd. Het Plan wil evolueren naar meer geïntegreerde zorg op verschillende niveaus. Dit vooreerst op niveau van het **aanbod van zorg**. Er moet onder

meer gestreefd worden naar integratie tussen de eerste en tweede lijn, tussen routinematige zorg en acute episodes en tussen hulp- en zorgverlening en gezondheidszorg. Ten tweede is er integratie nodig op niveau van de patiënt. Een holistische benadering van de patiënt en zijn omgeving is noodzakelijk. Er is nood aan bijvoorbeeld integratie van zowel preventieve als palliatieve zorg, van mantelzorgers in de zorg, maar ook van patiënten- en mantelzorgverenigingen, familieorganisaties en ziekenfondsen in de beleidskeuzes én de organisatie van zorg. Daarnaast is op niveau van de **bevolking** eveneens nood aan integratie van de lokale bevolking en verankering van zorg in de socio-economische omgeving. Tot slot is er ook nood aan integratie op **beleidsniveau**. Het is bijvoorbeeld noodzakelijk dat er synergieën ontstaan tussen het federale beleid en het beleid van de deelstaten alsook dat er samengewerkt wordt met bijvoorbeeld het onderwijsbeleid, het arbeidsbeleid en het beleid rond sociale hulpverlening.

### 2.3.3. Achttien componenten van het Plan

Het Plan geïntegreerde zorg voorziet achttien componenten die het principe van geïntegreerde zorg op verschillende niveaus moeten concretiseren. De pilootprojecten moeten de eerste veertien componenten implementeren in hun acties op het terrein. De vier laatste componenten behoren eerder tot het beleidsniveau.

De achttien componenten uit het Plan zijn:

1. Patient empowerment
2. Ondersteuning mantelzorgers
3. Casemanagement
4. Werkbehoud, socio-professionele en socio-educatieve reïntegratie
5. Preventie
6. Overleg en coördinatie
7. Extra-, intra- en transmurale zorgcontinuïteit
8. Valorisatie van ervaring van patiëntenorganisaties, familieorganisaties en ziekenfondsen
9. Geïntegreerd patiëntendossier
10. Multidisciplinaire guidelines
11. Ontwikkeling van kwaliteitscultuur
12. Aanpassing van financieringssystemen
13. Risicostratificatie bevolking en cartografie omgeving
14. Change management (begeleiding van het veranderingsproces op micro-, meso- en macroniveau, om structurele en culturele veranderingen te verankeren)
15. Opleiding zorgprofessionals in empowerment en multidisciplinaire samenwerking
16. Vervolgopleiding (of continue vorming) geïntegreerde zorg
17. Evaluatie van performantie van systeem
18. Beroepsattractiviteit

<sup>11</sup> Zie: <https://www.hqsc.govt.nz/news-and-events/news/126/>

### 3. Pilotprojecten geïntegreerde zorg

Het Plan gaat uit van het principe dat de veranderingen in de organisatie van zorg bottom-up, vanuit het terrein, moeten groeien via pilotprojecten. De bevoegde overheden wensen zelf geen nieuw zorgmodel op te leggen aan de actoren op het terrein en de patiënten, maar zien zichzelf in een faciliterende en ondersteunende rol om de veranderingen via pilotprojecten tot stand te brengen.

Het doel van deze pilotprojecten is het bedenken, ontwikkelen en uittesten van nieuwe zorgmodellen voor chronische zorg binnen een geografisch afgelijnde regio met respect voor de Triple Aim principes. Concreet moeten de pilotprojecten de veertien hierboven vermelde componenten in de praktijk implementeren. De pilotprojecten zullen hun vernieuwende initiatieven en acties moeten aanbieden aan een specifieke doelgroep, die niet beperkt is tot één voorwaarde (vb. doelgroep is ouder dan 65 jaar) noch gericht is op één specifieke ziekte. De acties moeten bovendien aangepast zijn aan de lokale noden en context. Geïntegreerde zorg kan maar gerealiseerd worden door alle betrokken partners, organisaties en zorgverleners rond de tafel te brengen. De consortia van de pilotprojecten bestaan dan ook uit veel verschillende geëngageerde partners - waaronder zorginstellingen, huisartsen, thuisverpleegkundigen, apothekers, mantelzorgverenigingen, ziekenfondsen - die allen hun steentje willen bijdragen aan de evolutie naar meer geïntegreerde zorg.

De doelstellingen van de pilotprojecten en de voorwaarden rond onder andere de doelgroep, geografische zone, projectpartners, timing en financiering werden vastgelegd in een "Gids voor pilotprojecten"<sup>12</sup>.

#### 3.1. Pilotprojecten in vier fasen

Het Plan voorziet vier fasen voor de ontwikkeling en de uitrol van de pilotprojecten: de voorbereidingsfase, de conceptualisatiefase, de uitvoeringsfase en de uitbreidingsfase. De voorbereidings- en conceptualisatiefase zijn intussen achter de rug. De pilotprojecten bevinden zich momenteel in de uitvoeringsfase. Hierna volgt de uitbreidingsfase met de uitrol van geïntegreerde zorg.

##### 3.1.1. Voorbereidingsfase

De eerste fase was de voorbereidingsfase. Tijdens deze fase dienden de actoren en instellingen die wilden meewerken aan de ontwikkeling van geïntegreerde zorg voor chronisch zieken

overleg op te starten op lokaal niveau om een dialoog te initiëren met potentieel geïnteresseerde partners om zo samen de grote lijnen uit te tekenen van hun project en een eerste lokaal consortium op te richten. De partners vulden samen een "interesseverklaring" in.

Zo selecteerde het politieke niveau in het voorjaar van 2016 twintig projecten die over gegaan zijn naar de conceptualisatiefase.

##### 3.1.2. Conceptualisatiefase

De twintig geselecteerde projecten hebben in 2017 een locoregionaal actieplan opgesteld waarin ze onder andere de acties en vernieuwende initiatieven beschrijven die ze willen uitvoeren. De CM-ziekenfondsen werkten actief mee aan het opstellen van de regionale actieplannen, zetelden in lokale werkgroepen en waakten zo over de belangen van onze leden.

De actieplannen moeten onder meer gebaseerd zijn op een analyse (stratificatie) van zowel de risico's binnen de bevolking als van de beschikbare middelen in de activiteitenzone van het project. In de actieplannen worden de acties ten aanzien van de doelgroep beschreven waarmee de partners in het project de verschillende componenten voor geïntegreerde zorg willen ontwikkelen. Deze actieplannen vormen de leidraad voor de uitvoering van het project en bevatten onder meer een financieel plan, evenals een timing, een beheersstructuur, de verdeling van de verantwoordelijkheden en een communicatieplan.

In september 2017 dienden finaal negentien kandidaat-pilotprojecten een locoregionaal actieplan in. Er haakten twee projecten af die geselecteerd waren in de voorbereidingsfase en er diende één project een actieplan in zonder dat het de conceptualisatiefase doorlopen had. Het ging over tien projecten uit Vlaanderen, twee projecten uit Brussel, zes projecten uit Wallonië en één project uit Duitstalig België.

Deze plannen werden schriftelijk en mondeling beoordeeld door een jury. De verzekeringsinstellingen waren één van de vier jurygroepen, naast de zorgverleners, de patiëntenverenigingen en de administratie zowel van het RIZIV als van de FOD Volksgezondheid. De jury had als taak na te gaan of de plannen beantwoordden aan de criteria vastgelegd in het Koninklijk Besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het RIZIV overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilotprojecten voor geïntegreerde zorg ("KB Pilotprojecten geïntegreerde zorg")<sup>13</sup>.

<sup>12</sup> Gids pilotprojecten geïntegreerde zorg voor chronisch zieken (2016): <https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/gidspp.pdf>

<sup>13</sup> Koninklijk Besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilotprojecten voor geïntegreerde zorg: [https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/kb\\_geintegreerde\\_zorg.pdf](https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/kb_geintegreerde_zorg.pdf)

De actieplannen van de kandidaat-pilootprojecten moeten voldoen aan verschillende formele en inhoudelijke criteria. De formele criteria zijn onder andere dat de regio van het pilootproject moet bestaan uit aangrenzende gemeenten en voldoende inwoners moet tellen. Ook moeten bijvoorbeeld de verplichte partners voldoende betrokken zijn bij het pilootproject. Deze verplichte partners zijn onder andere de eerstelijnspartners, tweedelijnspartners, partners uit de thuiszorg, de verschillende medische specialismen betrokken bij de zorg voor chronisch zieken, één of meer overlegstructuren met een representatieve vertegenwoordiging in het gebied van het pilootproject en één of meer patiënten-, mantelzorg- of familieverenigingen.

De jury oordeelde dat één project (het project dat de conceptualisatiefase niet doorlopen had) niet voldeed aan deze formele criteria. Dit pilootproject werd verder niet beoordeeld op de inhoudelijke criteria en er vond geen mondelinge verdediging van dit project plaats.

De overige achttien kandidaat-pilootprojecten werden ook op de inhoudelijke criteria beoordeeld en stelden hun project voor aan de jury.

De inhoudelijke criteria spitsen zich onder andere toe op:

- de objectivering van de behoeften en de risico's qua zorgnood en zorggebruik in de regio van het kandidaat pilootproject
- de actieve betrokkenheid van lopende innovatieprojecten die binnen de geografische zone zorg aanbieden aan de doelgroep van het pilootproject (bijvoorbeeld Protocol 3-projecten)
- de actieve betrokkenheid van patiënten-, mantelzorg-, en familieverenigingen en van de ziekenfondsen
- de interne samenhang van het pilootproject
- de innovatiegraad van het project
- het project focust op de noden en doelen van de patiënt in het kader van doelgerichte zorg
- de opname van het volledige zorgspectrum voor de rechthebbenden in de operationele doelgroep van het project, met name van gezondheidsbevordering tot palliatieve zorg, met inbegrip van het waarborgen van de permanentie en continuïteit van de verzorging, ook als sommige zorgaspecten die niet aanwezig zijn binnen de pilootzone worden aangeboden door samenwerkingen met externe partners buiten de pilootzone
- de beschrijving van een meer efficiënte aanwending van middelen en hoe het beheer van de daarmee samenhangende financiële gevolgen tot stand komt
- de beschrijving van de financiële toegankelijkheid tot zorgverlening en de garantie op het vermijden van meerkost voor de rechthebbende

- de beschrijving van de communicatiestrategie naar de bevolking, de doelgroep, de partners en de andere actoren waaruit blijkt dat dit gebeurt op een systematische, regelmatige en interactieve wijze.

Vanuit de verzekeringsinstellingen hechtten we er in de jury bijvoorbeeld belang aan dat er in de projecten voldoende aandacht is voor het bereiken van de meest kwetsbare patiënten, dat de zorg voor iedereen toegankelijk en financieel toegankelijk is, dat alle ziekenfondsen van de regio van het pilootproject bij het pilootproject betrokken zijn en dat het pilootproject inzet op een duidelijke en heldere communicatie met de doelgroep.

In december 2017 besliste het Verzekeringscomité, na advies van de jury dat veertien pilootprojecten<sup>14</sup> aan de criteria voldeden en naar de uitvoeringsfase konden gaan:

- De Brug (Kortrijk), Empact (Roeselare-Ieper), De Koepel (Torhout-Oostende), Zorgzaam Leuven (Leuven), Zorgregio Waasland, zorgcontinuïteit en empowerment (Sint-Niklaas), Zorgregio Tienen-Landen kansarmoede en chronisch zieken een samenspel (Tienen-Landen), Multipathologie en verhoogde kwetsbaarheid in regio Vlaamse Ardennen (Oudenaarde-Zottegem)
- Boost (Brussel)
- Gesundes Ostbelgien (Oost-België)
- Rélian (Luik), 3C4H (Hoei), Chronilux (Luxemburg), Pact (La Louvière-Binche), Résinamur (Namen).

Vier projecten werden niet weerhouden omdat ze niet beantwoordden aan de criteria van het KB pilootprojecten geïntegreerde zorg. Er was bijvoorbeeld onvoldoende betrokkenheid van relevante partners, het project was onvoldoende matuur of de scope van het project was te beperkt.

### 3.1.3. Uitvoeringsfase

Op 1 januari 2018 is de uitvoeringsfase gestart. De uitvoeringsfase duurt vier jaar, dus tot 31 december 2021. De weerhouden pilootprojecten, behalve het project Gesundes Ostbelgien, ondertekenden finaal in het voorjaar 2018 de overeenkomst met het Verzekeringscomité en zitten in de uitvoeringsfase. Dit betekent dat deze projecten hun actieplan zullen uitvoeren. Intussen besliste het pilootproject Vlaamse Ardennen de overeenkomst op te zeggen en uit de uitvoeringsfase te stappen.

Het ondertekenen van de overeenkomst tussen de pilootprojecten het RIZIV verliep niet zonder slag of stoot. Er leven binnen de pilootprojecten verschillende vragen en

<sup>14</sup> Voor meer informatie over de pilootprojecten, zie: <https://www.integreo.be/nl/uw-omgeving>



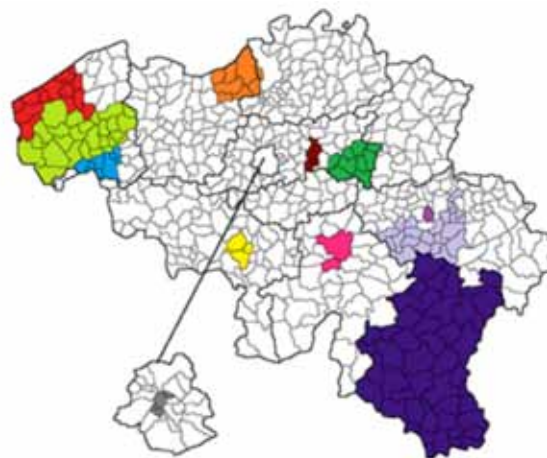
bezorgdheden rond onder andere de beloofde geïntegreerde tool voor gegevensdeling en het geïntegreerd patiëntendossier<sup>15</sup>, de financiering van de pilotprojecten, de kosten waarvoor de efficiëntiewinsten aangewend mogen worden, het aanpassen van de financieringssystemen<sup>16</sup> en de regeluwte en garanties die de federale overheid en de overheden van de deelstaten bieden.

Eén van de voornaamste bezorgdheden van verschillende partners binnen de pilotprojecten draait rond de financiering van de pilotprojecten. De pilotprojecten krijgen van de federale overheid een financiering voor het integratiemanagement en de garantie dat de efficiëntiewinsten die de projecten maken, terugvloeien naar de projecten:

- De financiering van het integratiemanagement bedraagt gedurende de vierjarige uitvoeringsfase 152.520 euro<sup>17</sup> per kalenderjaar. Onder het integratiemanagement wordt “de operationele aansturing binnen een pilotproject die leidt tot de integratie van zorgverlening aan rechthebbenden op niveau van de individuele zorgverlening, van het professionele aanbod, van organisaties binnen het netwerk, en van ondersteunende systemen” verstaan.
- De federale overheid voorziet in een budgetgarantie<sup>18</sup> wat betekent dat de efficiëntiewinsten die de projecten behalen door de zorg op een meer efficiënte wijze te organiseren, terugvloeien naar het pilotproject. Het is de bedoeling dat de innovatieve acties bekostigd kunnen worden met deze efficiëntiewinsten.

Het is voor de projecten heel moeilijk in te schatten welke efficiëntiewinsten zij zullen behalen en welk “budget” zij derhalve hebben om hun innovatieve acties uit te rollen. Het financieel plan is één van de moeilijke punten binnen de pilotprojecten. De verschillende partners investeren op dit moment veel tijd, energie en mankracht in de pilotprojecten en het is onzeker of zij hiervoor een vergoeding zullen kunnen krijgen vanuit de efficiëntiewinsten.

**Figuur 2: Overzicht van de 12 pilotprojecten geïntegreerde zorg:**



#### Brussel

Boost: Bruxelles pentagone, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Node

#### Wallonië

##### Province du Luxembourg (Chronilux)

Liège, Huy, Waremme (3C4H)

Liège, Seraing (Rélian)

Namur, Profondeville (Résinamur)

La Louvière, Morlanwelz, Binche (Pact)

#### Vlaanderen

Tienen, Landen, Boutersem, Geetbets, Glabbeek, Hoegaarden, Kortenaeken, Linter, Zoutleeuw (Zorgregio Tienen-Landen kansarmoede en chronisch zieken een samenspel)

Leuven, Heverlee, Korbeek-Lo, Wilsele, Wijgmaal, Kessel-Lo (Zorgzaam Leuven)

Sint-Niklaas, Beveren, Kruibeke, Temse, Sint-Gillis-Waas (Zorgregio Waasland, zorgcontinuïteit en empowerment)

Kortrijk, Kuurne, Harelbeke, Menin, Wervik, Weverlgem (De Brug)

Poperinge, Ieper, Midden-West-Vlaanderen, Diksmuide, Roeselare-Izegem (Empact)

Torhout, Oostende, Veurne (De Koepel)

- 15 Component 9 van het Plan geïntegreerde zorg stelt: Het “multidisciplinaire patiënten dossier” van een patiënt is in feite een applicatie die relevante gegevens ontsluit. Het is een kijkvenster, al dan niet met schrijfrechten, dat toegang geeft tot de gepubliceerde gegevens uit de diverse EPD's (elektronisch patiënt dossier) van meerdere groepen van zorgverleners. Dit maakt het delen van gegevens tussen zorgverleners die te maken hebben met geïntegreerde zorg voor chronisch zieken mogelijk; de informatie die op elk moment beschikbaar is, laat een betere behoefteanalyse toe van de patiënt, in het bijzonder in complexe situaties; het betreft hier een complementaire samenwerking met het geheel van initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheid, waarbij beroep gedaan wordt op bestaande diensten, gegevensbanken of dossiers om van daaruit een platform aan te bieden voor informatiebeheer dat gemeenschappelijk is voor alle zorg- en hulpverleners rond de patiënt (zie ook actiepunt 6 van het Actieplan e-Gezondheid 2.0).
- 16 Component 12 van het Plan geïntegreerde zorg stelt: Aanpassing van de financieringssystemen: een financiering die gebaseerd is op verstrekkingen uit een nomenclatuur veroorzaakt beperkingen in de implementatiemogelijkheden voor geïntegreerde zorg (multidisciplinair, op maat en gericht op de bio-psycho-sociale noden van de chronische zieke en zijn omgeving); een systeem dat meer gebaseerd is op ‘bundled payment’ voor een groep van prestaties creëert hiervoor meer mogelijkheden; om nieuwe modellen te testen in het kader van pilotprojecten en in overeenstemming met ‘Triple Aim’, zullen de huidige financiële middelen ter beschikking gesteld worden van de pilotprojecten met een maximale flexibiliteit voor hun aanwending, op voorwaarde van toelating door de respectievelijke bevoegde autoriteiten; dit betreft zowel de financiering van gezondheidszorg als de financiering van structuren voor hulp en ondersteuning.
- 17 Vanaf 2019 worden de bedragen op 1 januari van elk jaar geïndexeerd volgens de bepalingen van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
- 18 Tijdens de looptijd van de overeenkomst waarborgt het RIZIV dat het pilotproject de middelen ontvangt die bepaald worden op basis van de verwachte kost en de reële kost. De berekening van de budgetgarantie wordt geregeld in art. 17 ev. van het KB pilotprojecten geïntegreerde zorg.

### 3.1.4. Uitbreidingsfase

Het Plan “geïntegreerde zorg voor chronische zieken” stopt niet na de uitvoeringsfase in 2021. Het is belangrijk dat succesvolle veranderingen behouden blijven en verankerd worden in het gezondheidszorgsysteem, zowel structureel als cultureel. Er wordt beoogd dat na vier jaar pilootprojecten en een uitgebreide evaluatie (transversaal en per project) de “best practices” en positieve veranderingen (processen, resultaten,...) geïdentificeerd zullen kunnen worden en er zicht zal zijn op de factoren voor succes of oorzaken van mislukking. Bedoeling is dat hierna wat goed loopt, geconsolideerd wordt, wat nog verder ontwikkeld moet worden, verder uitgediept wordt en wat niet werkt, stop gezet wordt.

### 3.2. Gelijkenissen tussen de pilootprojecten

De twaalf pilootprojecten hebben enerzijds elk hun eigenheid zowel op gebied van doelpubliek als op gebied van acties die ze willen uitvoeren. Anderzijds hebben de pilootprojecten ook veel raakvlakken. Dit is logisch aangezien ze hetzelfde doel voor ogen hebben: de zorg voor chronisch zieken en de zorg in hun regio in het algemeen verbeteren door onder meer de verschillende soorten zorg die patiënten nodig hebben, beter op elkaar af te stemmen en in te zetten op preventie om het ziektestadium te voorkomen.

Zo wil elk pilootproject werken aan een betere communicatie en samenwerking tussen de verschillende partners en zorgverleners op het terrein alsook een betere communicatie tot stand brengen met de patiënt, zijn mantelzorger en omgeving. Goede communicatie is niet alleen noodzakelijk om de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen, maar is ook een belangrijke voorwaarde om de zorg efficiënt te kunnen organiseren. Alle pilootprojecten schenken ook aandacht aan de integratie van de sociale dimensie in de zorg door bijvoorbeeld acties te ontwikkelen om eenzaamheid tegen te gaan en deelname aan de samenleving te bevorderen. De projecten willen onnodige ziekenhuisopnames vermijden door bijvoorbeeld alternatieven te voorzien in geval van crisissituaties. Ze willen ook ziekenhuisopnames inkorten door in te zetten op alternatieve zorgvormen en thuiszorg. De projecten hebben eveneens aandacht voor het gebruik van geneesmiddelen en zetten in op bijvoorbeeld medicatie-review. De projecten willen ook allemaal synergieën tot stand brengen tussen de reeds bestaande initiatieven in hun regio, deze samenbrengen en verbeteren door vernieuwende initiatieven.

### 3.3. Stand van zaken pilootprojecten<sup>19</sup>

De partners binnen de pilootprojecten zijn momenteel bezig met het verder uitwerken van hun “governance”-structuur, verschillende pilootprojecten richten een VZW op. De partners binnen de pilootprojecten zijn volop afspraken aan het maken over hoe zij de patiënten/burgers in de regio van het pilootproject zullen informeren over het pilootproject en zullen includeren in het project. Inclusie kan pas wanneer de patiënt/burger zijn toestemming hiervoor geeft. De projecten denken eveneens na hoe ze de verschillende acties en innovatieve initiatieven uit het actieplan kunnen uitvoeren. Kortom het actieplan op papier wordt momenteel omgezet naar een actieplan in de praktijk op het terrein.

## 4. CM en de pilootprojecten

We volgen vanuit LCM de werkgroepen en overlegmomenten binnen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid,... actief op. Zo nam LCM in maart 2017 het initiatief om samen met enkele andere koepelorganisaties aan te dringen op een overleg met het RIZIV en de FOD Volksgezondheid om de koepelorganisaties beter te informeren over de stand van zaken van de projecten geïntegreerde zorg.

We zijn er van overtuigd dat een goede intermutualistische samenwerking noodzakelijk is om onze meerwaarde als ziekenfonds te kunnen aantonen en onze rol ten volle te kunnen opnemen. LCM nam daardoor eveneens de lead voor intermutualistisch overleg over verschillende topics. Zo was er intermutualistisch overleg over een intermutualistisch basispakket van diensten die de ziekenfondsen kunnen aanbieden aan de projecten, zorgverstrekkers en leden. Er was ook intermutualistisch overleg over het opstellen van bedenkingen voor de permanente werkgroep geïntegreerde zorg binnen het RIZIV voor wat betreft de ontwerpovereenkomst die de pilootprojecten afsluiten met het Verzekeringscomité. We hebben er bijvoorbeeld op gehamerd dat het belangrijk is dat de patiënt altijd een schriftelijk bewijsstuk krijgt, ook wanneer er enkel niet-vergoedbare verstrekkingen aangerekend worden. Daarnaast hebben we ervoor gezorgd dat de verzekeringsinstellingen een kopie krijgen van de informatie op dit bewijsstuk. Ten slotte blijven we er intermutualistisch op hameren dat de eventuele efficiëntiewinsten gebruikt moeten worden in het voordeel van de zorg voor de patiënt.

<sup>19</sup> Stand van zaken in oktober 2018.

De regionale CM-ziekenfondsen zijn actief betrokken bij de pilootprojecten. Ook hier wordt gestreefd naar een maximale intermutualistische samenwerking. De regionale ziekenfondsen werken onder andere mee aan de uitwerking van de governance structuur en nemen hun rol op bij het uitwerken van de acties.

CM investeert veel tijd in de pilootprojecten zonder dat hiervoor extra middelen voorzien zijn. De evolutie naar geïntegreerde zorg kadert in de richting die CM wil uitgaan als gezondheidsfonds en ook in het brede kader van de positieve gezondheid<sup>20</sup>. CM is dan ook van oordeel dat de ziekenfondsen op verschillende vlakken een belangrijke rol kunnen spelen in de pilootprojecten, zoals belangenbehartiging van chronisch zieken, data-ondersteuning ook via het IMA, onze rol inzake informatie, health literacy, coaching van de leden, patient empowerment en het opnemen van casemanagement via de diensten maatschappelijk werk. Veel van deze rollen zijn ook opgenomen in het Pact dat Minister De Block met de Verzekeringsinstellingen afgesloten heeft<sup>21</sup>.

Zoals hoger aangehaald is het belangrijk dat de pilootprojecten uitgaan van een holistische visie op zorg. Er mag niet alleen aandacht zijn voor het zuiver medische aspect. Ook het psychologische, sociale en spirituele aspect mogen niet uit het oog verloren worden. Hiervoor zijn niet alleen gespecialiseerde geneeskundige diensten nodig, maar moet de chronische zieke ook op de hoogte zijn van bijvoorbeeld:

- de ondersteuning waarop hij een beroep kan doen: informatie omtrent de wijze waarop hij kan omgaan met zijn ziekte (preventie, aangepaste levensstijl, zelfzorg)
- de mogelijkheden qua ondersteuning zoals thuishulp, hulp om zich te verplaatsen, mantelzorg, tegemoetkomingen
- de mogelijkheden voor een volwaardige dagbesteding: school, werk, sociale activiteiten, ...

Op al deze gebieden kunnen we als gezondheidsfonds een rol spelen.

## 5. Uitdagingen

CM blijft de evolutie naar meer geïntegreerde zorg ten volle ondersteunen en is ervan overtuigd dat geïntegreerde zorg dé weg is die we moeten inslaan bij het hertekenen van de organisatie van de gezondheidszorg. De ziekenfondsen hebben een belangrijke rol te spelen in de pilootprojecten en zijn dan ook een actieve partner in de verschillende projecten. CM streeft hierbij naar een maximale intermutualistische samenwerking.

We kunnen echter niet blind zijn voor de grote uitdagingen waar de pilootprojecten voor staan. Er wordt veel verwacht van de pilootprojecten. De zorg herorganiseren is geen gemakkelijke oefening en vraagt inzet en investeringen op veel verschillende terreinen, terzelfdertijd. De complexiteit van dit proces kan niet worden onderschat. De pilootprojecten kunnen pas slagen mits een grote inzet van alle betrokken partners en zorgverstrekkers op het terrein. Het is belangrijk dat alle partners gemotiveerd blijven. Ook de financiering blijft een heikel punt. De middelen zijn beperkt. Nieuwe acties kunnen pas opgestart worden mits investeringen van de partners of het gebruik van efficiëntiewinsten. De overheid zou ook dringend werk moeten maken van het beloofde geïntegreerd patiëntendossier (negende component van het Plan geïntegreerde zorg). Ook wat de aanpassing van financieringssystemen betreft, is er nog werk aan de winkel (twaalfde component van het Plan geïntegreerde zorg) en de weg naar de gebundelde financiering is nog lang. Geïntegreerde zorg is bovendien enkel mogelijk als er ook vanuit de bevoegde overheden voldoende wil is tot overleg en afstemming en dit over deze legislatuur heen.

CM staat achter het hele project geïntegreerde zorg en wil er graag verder mee in investeren. Desalniettemin zullen er nog verschillende vragen op korte termijn uitgeklaard moeten worden, willen de pilootprojecten er in kunnen slagen om werkelijk een paradigmashift binnen de chronische zorg te verwezenlijken. De evolutie naar meer geïntegreerde zorg is complex en mag niet onderschat worden. Tegelijkertijd is het een noodzakelijke en boeiende uitdaging en mogen we deze boot richting meer geïntegreerde zorg niet missen.

<sup>20</sup> Zie ook: <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/belgie-klaar-voor-positieve-gezondheid> en <https://www.cm.be/professioneel/pers/persberichten-2018/belgie-klaar-voor-positieve-gezondheid>

<sup>21</sup> Voor meer informatie, zie ook Sigrid Vancorenland, Ziekenfondspact bevestigt en versterkt de rol van de ziekenfondsen, CM-Informatie 268, juni 2017.

## Het verbeteren van de organisatie van chronische zorg in een thuiszorgorganisatie<sup>1</sup>

Vincent Moermans (MSc), Dep. Health Services Research, Universiteit Maastricht, Nederland en Departement Verpleging, Wit-Gele Kruis Limburg, Genk, België<sup>2</sup>

Gertie Bours (PhD), Dep. Health Services Research, Universiteit Maastricht, Nederland

### Samenvatting

*Zoals in de rest van de wereld, stijgt ook in België het aantal personen met een chronische ziekte. De Belgische overheid adviseert daarom dat zorgorganisaties de principes van het Chronic Care Model (CCM) van Wagner integreren in de organisatie van hun zorg.*

*Met een studie wilde men inzicht krijgen in hoe chronische zorg georganiseerd is in een thuiszorgorganisatie volgens de principes van het Chronic Care Model (CCM), welke de belemmerende en bevorderende factoren zijn om deze zorg te organiseren en welke de strategieën zijn om met de belemmerende factoren om te gaan. De deelnemers aan de studie (zorgprofessionals, personen met een zorgnood en stakeholders van het Wit-Gele Kruis Limburg) werden doelgericht gekozen.*

*Om inzicht te krijgen in de huidige organisatie van de chronische zorg, werd de Nederlandse versie van de ACIC-vragenlijst (Assessment of Chronic Illness Care) gebruikt. De inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren gebeurde via semi-gestructureerde interviews gebaseerd op de MIDI-vragenlijst (MeetInstrument Determinanten van Innovaties). Via een systematische review van de EPOC-database (Effective Practice and Organisation of Care) van Cochrane, werden verbeterstrategieën bepaald.*

*De bevraging via de ACIC-vragenlijst wees uit dat er een goede ondersteuning was voor de organisatie van chronische zorg. Wat betreft zelfmanagementondersteuning en integratie van de chronische zorgcomponenten, is echter verbetering mogelijk. Het feit dat alle geïnterviewde personen het concept van zelfmanagement wensen te ondersteunen, is een belangrijke bevorderende factor. De belemmerende factoren voor het implementeren van zelfmanagementondersteuning zijn compatibiliteit, gebrek aan kennis, onvoldoende steun vanuit het management en een niet geschikt financieel, wet- en regelgevend kader.*

*Effectieve strategieën om de voorgaande belemmerende factoren aan te pakken zijn het gebruik van een multidisciplinaire top-down, bottom-up strategie om zo de kennis in de praktijk te vertalen, interventies die de organisatie van zorg verbeteren en het gebruik van financiële incentives die zelfmanagement bevorderen.*

*De gevonden aandachtspunten, barrières en strategieën zijn ook vergelijkbaar met eerdere studies. Om zelfmanagementondersteuning succesvol verder te verbeteren, wordt een multifactoriële top-down, bottom-up benadering aanbevolen. De resultaten van deze studie geven inzicht in hoe zorg- en welzijnsorganisaties hun organisatie van hun zorg kunnen aanpassen volgens de principes van het CCM, zodat zij personen met een chronische zorgnood kunnen ondersteunen in de regie van hun zorg.*

**Sleutelwoorden:** organisatie chronische zorg, chronic care model, ondersteuning van zelfmanagement, veranderstrategie

1 Dit artikel is de Nederlandse vertaling en samenvatting van het Engelstalig eindwerk "Improving chronic care in a home health care organisation" van V. Moermans (ingediend in 2015 voor het behalen van het diploma van Master in Science Health Policy and Innovation Management aan de Universiteit van Maastricht).

2 Vincent Moermans studeerde af als ergotherapeut (1999) en als sociaal verpleegkundige (2005). Sinds 2008 werkt hij bij het Wit-Gele Kruis Limburg als zorgcoach van verschillende verpleegafdelingen in Zuid-Limburg en coördinator van het domein locomotorische en neurologische zorg. Daarbuiten is hij sinds 2016 externe PhD-kandidaat aan de Universiteit Maastricht, departement Health Service Research, waar hij bezig is met onderzoek naar de preventie en reductie van onvrijwillige zorg in de thuiszorg.

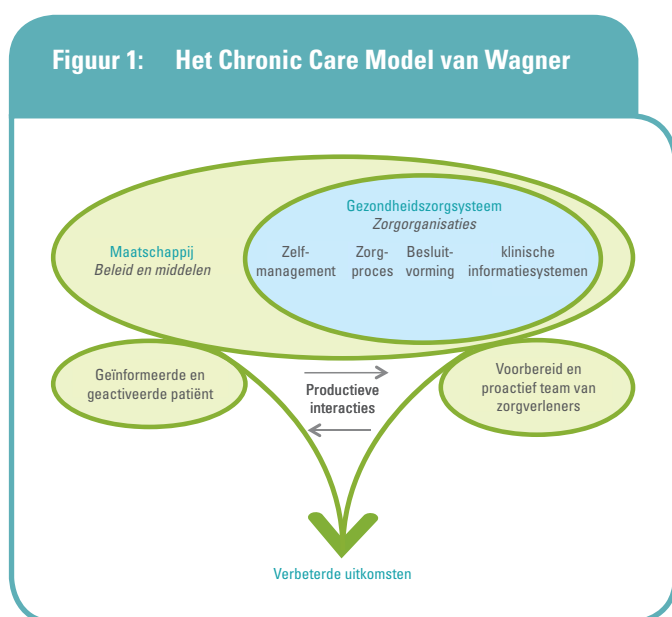
## 1. Achtergrond

Chronische zorg is een belangrijk agendapunt binnen de gezondheidszorg. Een chronische ziekte hebben is complex. De betrokkene dient zijn gedrag en levensstijl aan te passen, in dialoog te gaan met zorgverleners, zich te houden aan een behandelingsplan, zijn gezondheidstoestand constant op te volgen en beslissingen te nemen. Een chronische ziekte heeft een invloed op elk aspect van het leven (1). Om deze reden is de traditionele aanpak binnen ons huidig gezondheidszorgsysteem, die zich enkel richt op de relatie tussen de persoon met een zorgnood en zijn geneesheer, onvoldoende.

Dit is dan ook de reden dat het nodig is dat de 10 componenten van een performant systeem voor chronische zorg geïntegreerd worden binnen ons gezondheidszorgsysteem. Deze componenten zijn:

- 1) verzekeren van een universele dekking,
- 2) zorg die voor iedereen financieel toegankelijk is,
- 3) zorgverleners die zich richten op de primaire preventie,
- 4) prioriteit geven aan personen die zelf de regie voeren over hun zorg met ondersteuning van zorgverleners en familie,
- 5) het belang van eerstelijnszorg versterken,
- 6) meer inzetten op populatiebeheer,
- 7) integratie van de ondersteuning van de tweedelijnszorg binnen de eerstelijnszorg,
- 8) investeren in digitale informatie uitwisseling,
- 9) effectiever coördineren van zorg en
- 10) het verbinden van deze negen kenmerken tot een samenhangend geheel (2).

Het Chronic Care Model van Wagner (CCM) is een voorbeeld van een gezondheidsmodel dat geënt is op de noden van de persoon met een chronische zorgnood (zie figuur 1). Het hoofddoel van het CCM is om de zorgcoördinatie binnen de eerstelijns te verbeteren door het stimuleren van de dialoog tussen alle zorgverleners en de persoon met een chronische zorgnood (6).



Om deze reden adviseert de Wereldgezondheidsorganisatie, alsook de Belgische overheid, dat het CCM geïntegreerd wordt in onze gezondheidszorg (3-6). Thuiszorgorganisatie Wit-Gele Kruis Limburg wenst daarom de principes van het CCM te integreren binnen haar zorgmodel. Om dit te kunnen doen, wenste Wit-Gele Kruis Limburg inzicht te krijgen in een aantal zaken. Daarom werden de volgende onderzoeksdoelen opgesteld:

- 1) In welke mate is het huidig zorgmodel afgestemd op het CCM?
- 2) Wat zijn de belemmerende en bevorderende factoren voor de veranderingen die nodig zijn voor de organisatie van zorg volgens het CCM?
- 3) Welke zijn de strategieën en acties die nodig zijn om om te gaan met de belemmerende factoren?

## 2. Methode

### 2.1. Deelnemers

De studie werd uitgevoerd in het voor- en najaar van 2014, onder zorgprofessionals, personen met een zorgnood en stakeholders van het Wit-Gele Kruis Limburg. Deze personen werden doelgericht gekozen op basis van hun ervaring, kennis en netwerk. Vooraleer de informatie werd verzameld, werd aan iedere deelnemer het opzet van de studie toegelicht en werd een informed consent ondertekend. Enkel indien de informend consent werd ondertekend werd de deelnemer geïncludeerd.

### 2.2. Gegevensinzameling

Om de drie onderzoeksvragen te beantwoorden, is achtereenvolgens gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodieken.

Om inzicht te krijgen in welke mate het huidig zorgmodel van het Wit-Gele Kruis Limburg overeenkwam met de principes van het CCM (onderzoeksvraag 1), vulden twaalf verpleegkundigen, acht middenkaderleden en twee kaderleden de ACIC-vragenlijst (7, 8) in (zie kader). De bevraging werd uitgevoerd in het voorjaar van 2014. Op basis van de resultaten van dit kwantitatief onderzoek bepaalde het management welk(e) aspect(en) zij prioritair vond.

Van deze aspecten werden dan de belemmerende en bevorderende factoren via een semi-gestructureerd interview geïnventariseerd (onderzoeksvraag 2). Dit kwalitatieve luik van de studie werd uitgevoerd in het najaar van 2014. De vragen van dit interview waren gebaseerd op de MIDI-vragenlijst (9, 10) (zie kader). De vragen waren geclusterd in vier thema's en 29 subthema's. Er werden 14 personen geïnterviewd. Zij werden doelgericht gekozen uit het netwerk van het Wit-Gele Kruis Limburg. Deze personen waren een

coördinator van een organisatie voor thuisverpleging, directeur van een verpleegopleiding, directeur van een woonzorgcentrum, twee personen met een chronische ziekte, een diensthoofd maatschappelijk werk van een mutualiteit, een endocrinoloog, een huisarts, een diensthoofd van een sociale dienst van een algemeen ziekenhuis, een regionaal diensthoofd van een dienst voor gezinszorg, een medewerker van een mantelzorgvereniging, een directeur van een patiëntenvereniging, een directeur zorg van een ziekenhuis en een coördinator van een organisatie die de samenwerking binnen de eerstelijns faciliteert.

Op basis van de resultaten van het kwalitatief onderzoek werd begin 2015 een systematische review van de literatuur gedaan van mogelijke verbeterstrategieën (onderzoeksvraag 3). Deze review werd uitgevoerd in de EPOC database van Cochrane (zie kader).

### 3. Resultaten

#### 3.1. De huidige stand van zaken volgens het CCM

Tabel 1 toont de resultaten van het kwantitatieve luik van de studie die voortvloeien uit de ACIC-bevraging. Daaruit blijkt dat de organisatie van zorg van het Wit-Gele Kruis Limburg een goede ondersteuning biedt voor chronische zorg volgens de principes van het CCM. De componenten die het laagst scoren waren 'zelfmanagementondersteuning' en 'integratie van de verschillende componenten'. Gebaseerd op deze resultaten besloot het Wit-Gele Kruis Limburg zich eerst te richten op het verbeteren van zelfmanagementondersteuning. Daarom zullen in punt 3.2 de belemmerende en bevorderende factoren van zelfmanagementondersteuning besproken worden.

#### **De ACIC-vragenlijst**

De ACIC-vragenlijst (Assessment of Chronic Illness Care) is een instrument, ontwikkeld voor organisaties, teams of zorgnetwerken met het oog op het identificeren van de stand van zaken en mogelijke verbeteringen in hun zorg voor chronisch zieken in de zes domeinen van het CCM. Een groot voordeel van de ACIC is de specifieke focus op de organisatie van de zorg. Deze vragenlijst richt zich op de generieke benadering van chronische aandoeningen, onafhankelijk van de ziekte. Het instrument beoogt tevens aangrijpingspunten voor verbetering zichtbaar te maken.

Naast een globale score (= het gemiddelde van de score op zes subschalen), is er ook een score voor de afzonderlijke items en de zes subschalen (onderwerpen).

#### **Interpretatie van de scores:**

- Score tussen 0 en 2 = beperkte ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 3 en 5 = voldoende ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 6 en 8 = goede ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte
- score tussen 9 en 11 = uitstekende ondersteuning voor zorg bij chronische ziekte

#### **MIDI-vragenlijst**

Het MIDI (MeetInstrument Determinanten van Innovaties) is een kort en generiek diagnose-instrument bedoeld voor onderzoekers die in kaart willen brengen welke determinanten het daadwerkelijk gebruik van een in te voeren of ingevoerde innovatie, zoals een richtlijn, beïnvloeden. Het instrument bevat 29 determinanten. Op basis van deze inzichten kan men daarna gerichte invoerstrategieën ontwerpen.

#### **EPOC database van Cochrane**

De Effective Practice and Organisation of Care-groep is een review groep van Cochrane. Cochrane is een internationaal netwerk van 28.000 mensen uit meer dan 100 landen. Zij voeren systematische reviews uit over allerlei interventies (gedrag, financieel, ...), bedoeld om de gezondheidspraktijk en de organisatie van de zorg te verbeteren. Op deze wijze willen ze ertoe bijdragen dat zorgverleners, beleidsmakers en patiënten goed geïnformeerd beslissingen nemen over gezondheidszorg.

**Tabel 1: Resultaten van de ACIC-bevraging**

Onderwerp	Gemiddelde (range)	Mate van ondersteuning	Standaard deviatie	Mediaan
<b>GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM</b>	6.7 (3.0-8.9)	Goed	1.6	6.7
Algemeen organisatorisch leiderschap in de zorg voor chronische aandoeningen	6.9 (3.0-9.0)	Goed	2.3	7.0
Organisatorische doelstellingen in de zorg voor chronische aandoeningen	6.1 (3.0-9.0)	Goed	1.9	5.5
Verbeteringsstrategie in de zorg voor chronische aandoeningen	5.5 (1.0-9.0)	Goed	2.0	5.5
Stimuleringsmaatregelen en regelingen in de zorg voor chronische aandoeningen	7.3 (2.0-10.0)	Goed	2.5	8.0
Het hoger management		Goed	1.6	8.0
De baten	6.1 (0.0-10.0)	Goed	2.6	7.0
Maatschappij	7.1 (3.3-10.0)	Goed	1.8	7.0
Patiënten verwijzen naar externe mogelijkheden	7.4 (2.0-10.0)	Goed	2.6	8.5
Samenwerkingsverbanden met organisaties in de omgeving	8.0 (6.0-10.0)	Goed	1.4	8.0
Regionale zorgplannen	6.1 (2.0-10.0)	Goed	2.2	6.0
<b>ONDERSTEUNING VAN ZELFMANAGEMENT</b>	6.4 (3.3-10.0)	Goed	1.8	7.0
Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement	6.6 (4.0-10.0)	Goed	2.2	6.5
Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten	6.1 (2.0-10.0)	Goed	2.3	6.0
Ingaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden	6.9 (4.0-11.0)	Goed	2.1	7.0
Effectieve interventies voor gedragsverandering en sociale steun aan patiënten	5.8 (0.0-10.0)	Voldoende	2.3	6.0
<b>BESLISKUNDIGE ONDERSTEUNING</b>	7.5 (6.0-9.2)	Goed	1.1	7.0
Evidence-based richtlijnen / standaarden	8.3 (5.0-10.0)	Goed	1.4	8.5
Betrokkenheid van gespecialiseerde zorgverleners bij het verbeteren van eerstelijnszorg	7.7 (5.0-10.0)	Goed	1.6	8.0
Nascholing voor zorgverleners op het gebied van de zorg voor patiënten	8.1 (6.0-10.0)	Goed	1.1	8.0
Het informeren van patiënten over richtlijnen / standaarden	5.6 (3.0-9.0)	Voldoende	1.9	5.0
<b>ORGANISATIE VAN ZORG</b>	8.1 (5.2-9.8)	Goed	1.4	8.5
Functioneren van het (multidisciplinaire) team	8.1 (4.0-11.0)	Goed	1.6	8.0
Leiderschap in het team	8.6 (2.0-11.0)	Goed	2.4	9.0
Afsprakensysteem	6.2 (0.0-9.0)	Goed	2.6	6.0
Controles voor patiënten	7.2 (3.0-10.0)	Goed	2.1	7.5
Geplande afspraken met patiënten	9.0 (6.0-10.0)	Uitstekend	1.4	10.
Continuïteit van zorg	9.2 (5.0-11.0)	Uitstekend	1.5	9.5
<b>INFORMATIESYSTEMEN IN DE GEZONDHEIDSZORG</b>	7.2 (4.0-11.0)	Goed	1.9	7.9
Register (lijst van patiënten)	5.5 (0.0-11.0)	Voldoende	3.2	5.0
Reminders (herinneringen) aan zorgverleners	6.4 (0.0-11.0)	Goed	3.2	7.0
Feedback	7.4 (3.0-11.0)	Goed	2.5	7.5
Informatie ten aanzien van behoeften aan zorg van de patiënt	9.2 (6.0-11.0)	Uitstekend	1.2	9.0
Zorg / behandelplan van patiënten	7.2 (2.0-11.0)	Goed	2.4	6.5
Integratie van componenten in het chronische zorg model	6.3 (3.4-10.0)	Goed	1.6	6.2
Het informeren van de patiënten over richtlijnen	6.3 (3.0-9.0)	Goed	1.8	6.5
Informatiesystemen/ registers	5.7 (1.0-10.0)	Voldoende	2.6	5.0
Beschikbare programma's in de omgeving	5.5 (1.0-10.0)	Voldoende	2.6	6.0
Organisatorische planning van de zorg voor chronische aandoeningen	5.8 (3.0-10.0)	Voldoende	2.2	5.0
Routinematige follow-up van afspraken, patiënten beoordelingen en het stellen van doelen	8.5 (6.0-10.0)	Goed	1.4	9.0
Richtlijnen voor de zorg voor chronische aandoeningen	6.0 (2.0-11.0)	Goed	2.6	5.5

### 3.2. Belemmerende en bevorderende factoren van zelfmanagementondersteuning

In tabel 2 worden de belemmerende en bevorderende factoren geïnventariseerd van zelfmanagementondersteuning. Deze

resultaten zijn gebaseerd op het kwalitatieve luik van de studie (semi-gestructureerde interviews). De aantallen verwijzen naar het aantal belemmerende en bevorderende elementen die door de deelnemers vermeld zijn voor de onderscheiden subthema's.

Tabel 2: Resultaten semi-gestructureerde interviews\*

	Belemmerend	Bevorderend
<b>1. Concept van zelfmanagement</b>	<b>117</b>	<b>37</b>
1. Duidelijkheid	9	4
2. Correctheid	5	2
4. Complexiteit	7	
5. Compatibiliteit	83	22
6. Zichtbaarheid	1	5
7. Relevant voor de zorgvrager	12	4
<b>2. Gebruiker (micro-level)</b>	<b>112</b>	<b>63</b>
8. Persoonlijke voor- en nadelen	5	4
10. Professionele verplichtingen	17	5
13. Verwachtingen vanuit de zorgvrager	23	6
14. Verwachtingen vanuit het team	3	4
15. Persoonlijke overtuiging	3	5
16. Self-efficacy	16	8
17. Kennis	40	26
18. Vertrouwd met de inhoud	5	5
<b>3. Organisatie (meso-level)</b>	<b>141</b>	<b>40</b>
19. Formele bekrachtiging door het management	58	15
21. Personeelsbezetting	1	3
22. Financiële middelen	10	1
23. Beschikbare tijd	11	
24. Middelen en faciliteiten	15	2
25. Coördinatie	15	3
26. Lopende veranderingen in de organisatie	15	7
27. Beschikbare en toegankelijke informatie over zelfmanagement	16	9
<b>4. Socio-politieke context (macro-level)</b>	<b>47</b>	<b>9</b>
29. Wet- en regelgeving	47	9

\* De tabel herneemt maar 23 van de 29 thema's aangezien van de 6 overige thema's geen informatie gevonden is. Het gaat om de volgende thema's: 3. Compleetheid, 9. Uitkomstverwachting, 11. tevredenheid zorgvrager, 12. medewerker zorgvrager, 20. vervanging bij personeelsverloop en 28. feedback aan gebruiker. Deze thema's zijn wel opgenomen in de bevraging, maar de geïnterviewde personen hebben deze vragen niet beantwoord.



De meeste belemmerende factoren hadden betrekking op de organisatie en het concept van zelfmanagementondersteuning. Indien wordt gekeken naar de subthema's, tonen de resultaten dat compatibiliteit, kennis, formele bekrachtiging van het management, regel- en wetgeving als meest belemmerende factoren werden benoemd voor de organisatie van zelfmanagementondersteuning.

Voor het subthema 'compatibiliteit', gaven de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisatie en de dienst voor gezinszorg aan dat het concept van zelfmanagement niet afgestemd is op de bestaande waarden en werkmethodes, en dit door een paternalistische houding van bepaalde zorgverleners. De volgende uitspraak benadrukt dit: "De patiënt centraal stellen vinden we wel allemaal goed en iedereen staat daar achter, maar ondertussen doen we aanbodgestuurd verder." (patiëntenvereniging).

Wat het aspect 'kennis' betreft, gaven de geïnterviewde personen aan dat het, door een gebrek aan kennis en vaardigheden, moeilijk is om het concept van zelfmanagement

in de praktijk te vertalen. De directeur van een school voor verpleegkunde gaf aan: "Het is onduidelijk hoe je het concept van zelfmanagementondersteuning in de praktijk dient toe te passen." De vertegenwoordiger van een mutualiteit gaf aan dat "zorgverleners onvoldoende getraind zijn om personen te helpen in het oplossen van hun eigen zorgvragen."

De huidige structuren en afspraken binnen de eerste- en tweedelijnszorg zijn onvoldoende om zelfmanagement te ondersteunen. De gespecialiseerde arts gaf het volgende aan: "Het gezondheidszorgsysteem is complex en iedereen heeft zijn eigen visie en zij zijn niet altijd gemotiveerd om naar elkaar door te verwijzen".

Ook de wet- en regelgeving werd als een belangrijke belemmerende factor aangehaald. Het ondersteunen en stimuleren van zelfzorg wordt niet financieel gestimuleerd. De vertegenwoordiger van het woonzorgcentrum gaf het volgende aan: "Hoe hulpbehoevender een patiënt is, hoe meer geld we ontvangen. Deze regelgeving werkt zelfmanagement tegen."

Tabel 3: Overzicht van de gevonden literatuur

Belemmerde factor	Auteur	Interventie	Effect	Kwaliteit onderzoek
Compatibiliteit	Parmelli E et al (2011)	Change organisational culture	Nee	Zwak
	Flodgren G et al (2011)	External inspection	Nee	Zwak
Kennis	Farmer et al. (2008)	Printed educational materials	Ja	Sterk
	Forsetlund et al. (2009)	Educational meetings and workshops	Ja	Sterk
	O'Brien et al. (2007)	Educational outreach visits	Ja	Zwak
	Flodgren et al. (2011)	Local opinion leaders	Ja	Zwak
	Jamtvedt et al (2006)	Audit and Feedback	Ja	Sterk
	Shojania et al (2009)	Computerized Reminders	Ja	Zwak
	Baker et al. (2010)	Tailored Interventions	Ja	Zwak
	Akl et al. (2013)	Educational games	Ja	Zwak
	Reeves et al. (2008)	Interprofessional education	Ja	Zwak
	Grilli R et al. (2002)	Mass media interventions	Ja	Zwak
Bekrachtiging van het management	Akbari et al. (2008)	Outpatient referrals by education, organisation change and finance	Ja/ Nee	Zwak
	Dudley L, Garner P. (2011)	Integration strategies at the point of delivery	Ja	Zwak
	Aubin et al. (2012)	Case management, shared care and interdisciplinary team	Nee	Zwak
	Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. (2007)	Shared care across the interface between primary and specialty	Nee	Zwak
	Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. (2009)	Interprofessional collaboration	Ja	Zwak
	Laurant et al (2004)	Substitution of doctors by nurses in primary care	Ja	Zwak
Wet- en regelgeving	Gosden et al. (2000)	Different systems of payment: capitation, salary, and fee for service	Ja	Zwak
	Witter et al (2012)	Pay for performance	Nee	Zwak
	Flodgren et al (2011)	Financial incentives	Ja	Zwak

Het feit dat alle geïnterviewden het principe van zelfmanagementondersteuning een meerwaarde vonden, dat iedereen bekend was met het principe en dat de huidige gezondheidszorgcultuur steeds meer belang hecht aan zelfzorgmanagement, zijn belangrijke stimulerende factoren. In het volgende punt (3.3) worden verbeterstrategieën besproken voor compatibiliteit, kennis, bekrachtiging door het management en wet- en regelgeving.

### 3.3. Verbeterstrategieën

Tabel 3 toont een overzicht van mogelijke verbeterstrategieën voor de dimensies 'compatibiliteit', 'kennis', 'bekrachtiging door het management' en 'wet- en regelgeving'. Deze strategieën werden gevonden op basis van de systematic review. Voor elk van de gevonden verbeterstrategieën wordt ook aangegeven of ze een effect hadden op de belemmerende factor. Voor elke bron wordt ook een beoordeling van de kwaliteit van het onderzoek toegevoegd.

Voor de belemmerende factor '**compatibiliteit**' werden geen effectieve strategieën gevonden.

Wat '**kennisverhoging**' betreft, werd er sterk kwalitatief onderzoek gevonden, waarin aangetoond werd dat de volgende interventies effectief waren: geprint educatief materiaal, vormingslessen, workshops, audit en feedback. Voor de volgende interventies werd een effect gevonden, maar was de kwaliteit van het onderzoek laag: werkbezoeken, lokale opinieleiders, reminders via een computerprogramma, op maat gemaakte interventies, spelen met een vormend karakter, uitwisselen van ervaringen tussen zorgverleners en sociale media.

De volgende effectieve strategieën werden gevonden om de '**bekrachtiging door het management**' te verbeteren: richtlijnen voor doorverwijzing, vorming van gezondheidsmedewerkers, het maken van afspraken tussen bestaande diensten, interprofessionele samenwerking en de ondersteuning van artsen bij verpleegkundigen.

De onderzoekskwaliteit van de studies was echter zwak.

Tevens was de onderzoekskwaliteit zwak wat betreft de effectieve strategieën om om te gaan met de belemmeringen in de '**regel- en wetgeving**'. Onderzoek toonde aan dat financiële incentives en een ander financieel systeem effectief zouden zijn om het gedrag van gezondheidszorgverleners te veranderen.

## 4. Bespreking, aanbevelingen en conclusie

### 4.1. Bespreking

Rekening houdend met beperkingen van dit onderzoek, wijst dit onderzoek uit dat de onderzochte thuiszorgorganisatie over het algemeen een goede ondersteuning biedt voor de organisatie van chronische zorg. Het feit dat de systeemcomponenten 'zelfmanagementondersteuning' en 'integratie van zorg' een vrij lage score hebben, komt overeen met eerder onderzoek (11). Hoewel er ruimte is voor verbetering in de andere systeemcomponenten, werd er door het management voor gekozen om zich te focussen op de ondersteuning van zelfmanagement. De gevonden belemmerende en versterkende factoren voor zelfmanagementondersteuning beïnvloeden de organisatie van zelfmanagement op micro-, meso- en macroniveau van ons gezondheidszorgsysteem (12, 13). De gevonden belemmeringen zijn: onvoldoende compatibiliteit, gebrek aan kennis, onvoldoende formele bekrachtiging door het management en onvoldoende financiële wet- en regelgeving die zelfmanagementondersteuning bevorderen. Deze factoren waren vergelijkbaar met eerdere studies (14-16). De belangrijkste facilitator is dat er veel ondersteuning is om zelfmanagement te integreren. Onderzoek toont aan dat kennisverhoging, het verbeteren van de dienstverlening en samenwerkingsverbanden nodig zijn om het concept zelfmanagement in onze gezondheidszorg verder te integreren.

### 4.2. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van deze studie en de veranderstrategieën van de Caluwé en Vermaak<sup>4</sup> (17) en Rogers (18)<sup>5</sup>, wordt een multifactoriële bottom-up, top-down-strategie aanbevolen voor een succesvolle implementatie van zelfmanagementondersteuning. Wanneer een top-down benadering wordt gebruikt, start men vanuit een visie en denkkader. De bottom-up benadering wordt gebruikt om iedereen in het werkveld te betrekken om zo het principe van zelfmanagementondersteuning naar de praktijk te vertalen en verder te integreren, te evalueren en te verbeteren. Het voordeel van een multidisciplinaire samenwerking is dat de basis wordt gelegd voor wederzijds vertrouwen. Voor gedecentraliseerde zorg- en welzijnsorganisaties sluit deze manier van leren het meest aan met hun werkmethoden.

4 De Caluwé en Vermaak ontwikkelden een theorie voor geplande veranderingen in een organisatie. Ze onderscheidden vier stappen: diagnose, veranderstrategie, interventieplan en interventie. Hierbij moet een sterke nadruk liggen op de diagnose en de veranderstrategie. Ze ontwikkelden ook vijf paradigma's, telkens gekoppeld aan een kleur, over hoe mensen kijken naar en denken over verandering. Deze paradigma's helpen de verandermanager om duidelijk te communiceren over verandering aangezien deze zich bewust is van zijn eigen paradigma en dat van de anderen.

5 Rogers onderscheidt vijf groepen mensen - adoptie categorieën genoemd - die na elkaar een verandering accepteren. De 'innovators', (vernieuwers), de eerste en kleinste groep, zijn vaak de trekkers van een verandertraject. Ze vinden zich vrijwel onmiddellijk in de verandering en kunnen hierdoor andere medewerkers beïnvloeden. Later sluiten ook anderen groepen zich bij de verandering aan. Dit zijn achtereenvolgens de 'early adopters' (zeer snelle overnemers), de 'early majority' (vroeg overnemers) en 'late majority' (late overnemers). Ongeveer tweederde van de medewerkers in een organisatie bestaat uit de 'early majority' en 'late majority'. Ten slotte is er ook een kleine groep achterblijvers over ('laggards') met de meeste weerstand en de minste affiniteit met de verandering.

Om deze reden werd de volgende verbeterstrategie geadviseerd:

- a) Het management bepaalt een denkkader en visie voor de noodzakelijke veranderingen. Stafmedewerkers of het middenkader vormen de brug tussen de directie en de lokale afdelingen om zo de veranderingen te faciliteren. De lokale afdelingen nemen hun verantwoordelijkheden op en voeren de afgesproken acties uit.
- b) Stafmedewerkers organiseren focussessies op lokale afdelingen, samen met de lokale gezondheidszorgnetwerken, om zo de resultaten uit dit onderzoek te bespreken en indien nodig te verfijnen. Tijdens deze samenkomsten wordt de basis gelegd voor een wederzijds vertrouwen, door samen problemen te bespreken en op te lossen.
- c) Lokale leiders kunnen de interdisciplinaire vergaderingen en werkgroepen begeleiden. Tijdens deze overleggen worden interne en externe actoren betrokken om zo de basis te leggen voor de coördinatie van de chronische zorg in hun regio. Tijdens deze overlegmomenten worden haalbare, relevante en concrete thema's uitgewerkt door de werkvloer. Op deze wijze is het risico op weerstand het laagst.
- d) De openheid voor zelfmanagementondersteuning bij de stakeholders kan als een opportuniteit gebruikt worden om afspraken te maken tussen alle actoren om de financiële structuur en de coördinatie van de zorg op beleidsniveau aan te passen volgens de principes van CCM.
- e) Zorgverleners zijn van nature uit gemotiveerd om bij te leren. Volgende acties stimuleren een lerende omgeving:
  - 1) medewerkers die ervaring hebben met patiëntgerichte zorg organiseren lokale bijeenkomsten, workshops en educatieve outreachbezoeken. Tijdens deze sessies staat ervaringsgericht leren centraal aan de hand van het bespreken van concrete casussen. Tijdens deze bijeenkomsten worden lokale formele en informele leiders betrokken, om zo de veranderingen verder te verankeren;
  - 2) De integratie van geautomatiseerde reminders in het elektronische patiëntendossier en
  - 3) een structureel audit- en feedbacksysteem.
- f) Het veranderingsproces wordt ondersteund door een communicatiecampagne in de sociale en gedrukte media. Tijdens deze campagne komen goede praktijken en succesverhalen rondom het verbeteren van zelfmanagement aanbod.
- g) Indicatoren monitoren de processen, deze informatie wordt centraal verzameld, bestudeerd door het management en indien nodig worden voorstellen gedaan voor bijsturing.

De voorgestelde strategie heeft, zoals elke strategie, zijn voor- en nadelen. Het risico dat er weerstand ontstaat is reëel. Daarom is het belangrijk dat de werkgroepen en samenwerkingsverbanden gecoacht worden door een ervaren bemiddelaar, waardoor de kans dat de besluitvorming efficiënter verloopt, hoger is. Daarnaast is het essentieel dat er tussen de betrokken organisaties en de stakeholders een transparante communicatie is over de vooruitgang en de gemaakte afspraken. Een gezamenlijke visie, met de nadruk op een constructieve samenwerking, verhoogt het succes. Het creëren van een lerende organisatiecultuur is fundamenteel om te komen tot een succesvolle verandering volgens de principes van het CCM. Het is daarbij belangrijk dat bemiddelaars de bestaande routines en werkmethoden in vraag stellen en de vooruitgang wordt gemonitord. Deze multifactoriële aanpak is nodig zodat zorg- en welzijnsorganisaties in de eerstelijns de principes van het CCM kunnen borgen binnen hun structuren.

### 4.3. Conclusie

De gevonden aandachtspunten, barrières en strategieën zijn vergelijkbaar met eerdere studies. Strategieën voor het verbeteren van zelfmanagementondersteuning zijn: 1) een multifactoriële aanpak om de kennis over zelfmanagementondersteuning naar de praktijk te vertalen, 2) samenwerkingsafspraken over de coördinatie van zorg met al de betrokken actoren in de eerste- en tweedelijns en 3) een aanpassing van het huidige financiële model waarin zelfmanagementondersteuning wordt gestimuleerd. Om succesvol deze veranderingen door te voeren, wordt een top-down bottom-up benadering aanbevolen. De resultaten van deze studie geven inzicht hoe zorg- en welzijnsorganisaties de organisatie van hun zorg kunnen aanpassen volgens de principes van het CCM, zodat zij personen met een chronische zorgnood kunnen ondersteunen in de regie van hun eigen zorg.

## Referenties

1. Clark NM. *Management of chronic disease by patients*. Annual Review of Public Health. 2003;24(1):289-313.
2. Ham C. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system*. Health Economics, Policy and Law. 2010;5(1):71.
3. Epping-Jordan J, Pruitt S, Bengoa R, Wagner E. *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(4):299-305.
4. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. *Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium*. Health affairs. 2009;28(1):75-85.
5. Nolte E, Knai K, McKee M. *Managing Chronic Conditions, Experiences in 8 countries*. World Health Organization. 2008.
6. Nolte E, McKee M. *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*. World Health Organization. 2008.
7. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. *Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement*. Health services research. 2002;37(3):791-820.
8. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. *Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs*. Health Qual Life Outcomes. 2011;9(49):1-10.
9. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. *Towards a measurement instrument for determinants of innovations*. International Journal for Quality in Health Care. 2014:mzu060.
10. Fleuren MA, Paulussen TG, Van Dommelen P, Van Buuren S. *Measurement Instrument for Determinants of Innovations (MIDI)*. Leiden: TNO; 2014.
11. Van Durme T, Macq J, Anthierens S, Symons L, Schmitz O, Paulus D, et al. *Stakeholders' perception on the organization of chronic care: a SWOT analysis to draft avenues for health care reforms*. BMC health services research. 2014;14(1):179.
12. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. *Knowledge translation of research findings*. Implement Sci. 2012;7(1):50.
13. Davies H, Powell A, Rushmer R. *Healthcare professionals' views on clinician engagement in quality improvement*. A literature review. 2007.
14. Ervin K, Jeffery V. *Staff perceptions of implementing health coaching as a tool for self management in chronic disease: A qualitative study*. Journal of Nursing Education and Practice. 2013;3(9):p131.
15. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreur K, Conklin A, et al. *Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches*. BMC health services research. 2013;13(1):117.
16. LeRoy L, Shoemaker SJ, Levin JS, Weschler CA, Schaefer J, Genevro JL. *Self-Management Support Resources for Nurse Practitioners and Clinical Teams*. The Journal for Nurse Practitioners. 2014;10(2):88-93.
17. De Caluwe L, Vermaak H. *Learning to change: A guide for organization change agents*: Sage; 2003.
18. Rogers EM. *Diffusion of innovations*, fifth edition. New York: Simon and Schuster; 2003.

# Concept gezondheid

## Belg lijkt klaar voor Positieve Gezondheid Enquête naar aanleiding van het CM-symposium 'Samen voor Positieve Gezondheid'

Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse en Veerle Van Holle, Departement Onderzoek & Ontwikkeling

### Samenvatting

Op het symposium van 1 juni 2018 stelde CM het nieuwe concept Positieve Gezondheid voor aan een Belgisch publiek van stakeholders inzake gezondheid. Dit concept biedt een brede kijk op hoe we als individu én als samenleving gezondheid kunnen beleven: gezondheid is meer dan fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. Het gaat ook over zaken zoals zingeving, over dagelijks functioneren en levenskwaliteit. Positieve Gezondheid beschrijft zo 6 dimensies. In de aanloop naar het symposium stelde CM zich de vraag of haar leden (of ruimer: de Belgische bevolking) hier wel klaar voor zijn. Daarom legden we in een online enquête de 42 verschillende deelaspecten van Positieve Gezondheid (6 dimensies met telkens 7 deelaspecten) voor aan een representatieve steekproef van 8.656 leden. De hoofdvraag voor de respondent was: "In welke mate vindt u dat de volgende aspecten met gezondheid te maken hebben?"

De resultaten zijn eenduidig: onze leden, en bij uitbreiding de Belgen, lijken klaar voor een breder concept dat gezondheid opentrekt van lichaamsfuncties en mentaal welbevinden naar kwaliteit van leven, zingeving, meedoen en dagelijks functioneren. De 'klassieke' lichaamsfuncties (vb: slapen, eten, bewegen) scoren het hoogst (97% vindt dat ze te maken hebben met gezondheid), direct gevolgd door kwaliteit van leven (vb: gelukkig zijn, lekker in je vel zitten, balans) met 93%. Maar ook de vier andere dimensies van het concept Positieve Gezondheid krijgen hoge scores toebedeeld. Er is haast niemand te vinden die eraan twijfelt of één van de 42 voorgelegde deelaspecten met gezondheid te maken heeft.

Al zijn er wel verschillen tussen subgroepen te bespeuren. Jongeren hechten het grootste belang aan de lichaamsfuncties, terwijl oudere respondenten meer waarde hechten aan de dimensies zingeving en mentaal welbevinden, maar ook aan kwaliteit van leven en meedoen. De dimensies zingeving en mentaal welbevinden worden ook hoger gescoord bij respondenten die niet beroepsactief zijn (gepensioneerden, werklozen en arbeidsongeschikten wegens ziekte). Vrouwen geven hogere scores aan mentaal welbevinden en meedoen. Tot slot hechten hoger opgeleiden meer belang aan de dimensie lichaamsfuncties, terwijl lager opgeleiden op een aantal zeer specifieke deelaspecten hoger scoren, zoals gevoel van controle, dankbaarheid, rondkomen met je geld, omgaan met geld en serieus genomen worden.

Op het symposium van 1 juni werd 'Positieve Gezondheid België' (PGB) gelanceerd. De doelstelling van PGB is om het nieuwe concept Positieve Gezondheid ingang te doen vinden in de gehele Belgische samenleving en de gezondheidszorg. De bevindingen uit de enquête toonden aan dat de Belg hier voor openstaat.

Sleutelwoorden: enquête, Positieve Gezondheid, Positieve Gezondheid België, kwaliteit van leven, zingeving, lichaamsfuncties, meedoen, mentaal welbevinden, dagelijks functioneren

## 1. Achtergrond

CM profileert zich de laatste jaren steeds vaker als 'gezondheidsfonds'. We maken de overstap van ziekenfonds naar gezondheidsfonds. Als we een antwoord willen bieden op hoe we zullen omgaan met de gezondheidszorg van morgen, hebben we nood aan een duidelijke definitie van 'gezondheid'.

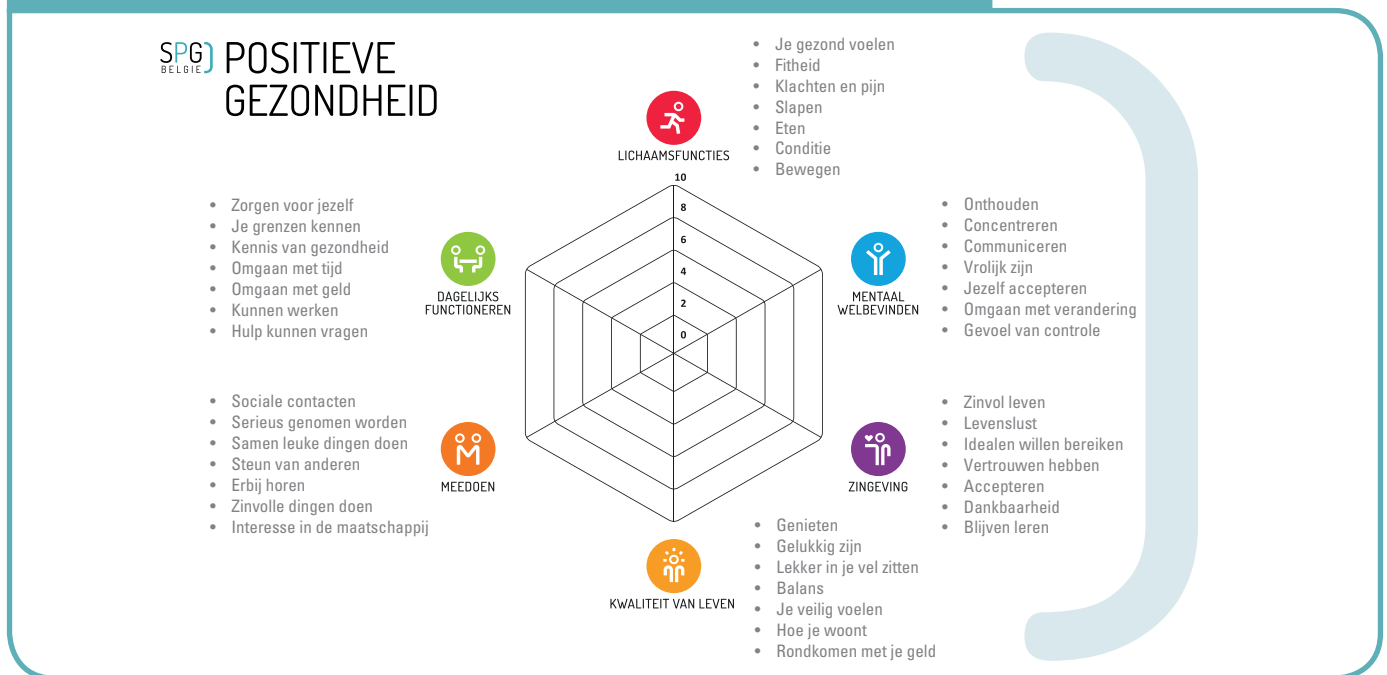
Huber en collega's stelden in 2011 een nieuwe conceptualisering van gezondheid voor<sup>1</sup>.

"Gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven". De conceptualisering werd bekomen na de conferentie van de Nederlandse Gezondheidsraad en komt tegemoet aan de beperking van de WHO-definitie, namelijk dat er geen 'volledig' welbevinden nodig is om gezond te zijn en dat

gezondheid iets dynamisch is<sup>2</sup>. In plaats van gezondheid te bekijken als een (onbereikbaar) doel, wordt ze benaderd als een middel om een kwaliteitsvol leven te leiden. De focus ligt dus op de mate waarin men zichzelf in staat acht om veerkrachtig om te gaan met complexe situaties in het leven. Huber en collega's voerden empirisch onderzoek<sup>3</sup> uit om aan de slag te kunnen gaan met hun alternatief concept. Een ±2.000-koppig publiek van stakeholders, waaronder patiënten, artsen, verpleegkundigen, beleidsmakers en burgers, werd gevraagd de nieuwe formulering te evalueren en indicatoren voor 'gezondheid' voor te stellen. Dit resulteerde in volgende bevindingen over het concept, dat 'Positieve Gezondheid' werd genoemd<sup>4,5</sup>:

- in het concept van Positieve Gezondheid **staat de mens centraal**, niet de ziekte;
- mensen voelen zich in hun **kracht** aangesproken en niet in hun zwakte;
- misschien heeft iemand wel een diagnose van een ziekte, maar er is een **heel groot gebied waar hij of zij wel gezond is**;

Figuur 1: Mijn Positieve Gezondheid: 6 dimensies en 42 deelaspecten



- 1 Huber, M.; Knottnerus, J.A.; Green, L. et al. How should we define health? BMJ 2011; 343:d4163.
- 2 De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1948) luidt: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken."
- 3 Huber, M. (2014) Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalization and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Maastricht; Huber, M.; van Vliet, M.; Giezenberg, M. et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open 2016; 5:e010091.
- 4 Noot: er waren significante verschillen tussen de stakeholders voor wat betreft het belang van verschillende dimensies. Artsen en beleidsmakers hadden een 'engere' kijk op gezondheid, terwijl patiënten en verpleegkundigen een 'bredere' kijk hadden.
- 5 De term 'Positieve gezondheid' bestaat al sinds de jaren '80 en vertrekt vanuit de zogenaamde 'salutogenese' (Antonovsky, 1987). Salutogene factoren zijn factoren die bijdragen aan de oorsprong van gezondheid, in tegenstelling tot pathogene factoren, die bijdragen aan de oorsprong van ziekte.

- die gezondheid kan nog **versterkt** worden;
- Positieve Gezondheid bestaat uit **zes dimensies**:
  - lichaamsfuncties;
  - mentaal welbevinden;
  - zingeving;
  - kwaliteit van leven;
  - meedoen;
  - dagelijks functioneren.

Het empirisch onderzoek wees dus uit dat **gezondheid verder gaat dan biopsychosociaal welzijn (zoals het geval in de WHO-definitie)**, en dat zaken zoals zingeving, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren mee in rekening moeten worden gebracht.

Voor het concept Positieve Gezondheid werd ook al een eerste methodiek ontwikkeld: een tool onder de vorm van een zeshoekig 'spinnenwebdiagram', 'Mijn Positieve Gezondheid' genaamd, met in iedere hoek één van de zes bovenvermelde dimensies (zie Figuur 1). Elke dimensie is op haar beurt ook onderverdeeld in deelaspecten, die uit het empirisch onderzoek voortvloeiden.

Willen we nadenken over de toekomst van de gezondheidszorg in België, dan dienen we rekening te houden met alle dimensies die met gezondheid te maken hebben en moeten we een persoon ook de kans en de handvaten aanreiken om gezond door het leven te kunnen gaan. Het concept van Positieve Gezondheid zou hierbij een richtinggevend kader kunnen bieden.

In aanloop naar het symposium op 1 juni 2018 wou CM nagaan in welke mate haar leden klaar zijn voor dit nieuwe concept van gezondheid.

## 2. Doelstelling en methode onderzoek

In het onderzoek werd nagegaan in welke mate CM-leden vinden dat de 42 deelaspecten van Positieve Gezondheid (6 dimensies x 7 deelaspecten per dimensie) samenhangen met gezondheid. Een bijkomende doelstelling was bestuderen in welke mate hierin verschillen te vinden zijn volgens geslacht, leeftijd, opleiding, beroepsactiviteit, gezinssituatie, subjectieve gezondheidstoestand, regio en aan-of afwezigheid van een langdurige ziekte.

In april 2018 werd een uitnodigingsmail verstuurd<sup>6</sup> naar een steekproef van 118.000 CM-leden tussen 18 en 85 jaar oud. Daarin werden ze uitgenodigd de online enquête in te vullen. De steekproef was representatief voor de Belgische bevolking, wat betreft geslacht, leeftijd en provincie. De online vragenlijst bestond uit een reeks van 6 schermen (één scherm voor elke dimensie van Positieve Gezondheid). Deze 6 schermen werden at random aangeboden om volgorde-effecten uit te sluiten. Elk scherm somde de 7 deelaspecten op waaruit iedere dimensie bestaat. We vroegen de respondenten voor elk deelaspect **in welke mate die, volgens hen, te maken heeft met gezondheid**. Men kon hierop antwoorden met 'helemaal niets', 'niet veel', 'een beetje' en 'veel'. Zowel voor als na deze 6 schermen werden ook enkele socio-demografische vragen gesteld om het profiel van de respondent te schetsen.

De online vragenlijst werd ondergebracht op SurveyMonkey, op een account waar enkel CM toegang toe heeft<sup>7</sup>. Vanop deze CM-account gebeurt de verzameling van de resultaten en de export van datagegevens. De gegevens zijn volledig anoniem. 8.656 respondenten vulden de online vragenlijst in. De verdeling volgens geslacht, leeftijd en provincie werd licht herwogen, zodat de respondenten een representatieve vertegenwoordiging vormen van de Belgische bevolking. Op deze manier zijn we in staat om, op basis van een bevraging bij CM-leden, toch uitspraken te doen die gelden voor de Belgische bevolking.

## 3. Resultaten

### 3.1. Hoge samenhang tussen de verschillende dimensies (en hun deelaspecten) en gezondheid

#### 3.1.1. Heeft te maken met gezondheid (= de som van de % 'een beetje' en 'veel' met gezondheid te maken)

Eerst werd nagegaan of de respondenten vinden dat de verschillende deelaspecten van de zes dimensies van Positieve Gezondheid te maken hebben met gezondheid. We geven in dit deel dan ook de resultaten weer van het aantal respondenten dat heeft 'veel' én heeft 'een beetje' met gezondheid te maken, hebben geantwoord.

6 De vragenlijst werd enkel uitgestuurd naar personen die bij het doorgeven van hun e-mailadres aan CM de toestemming hebben gegeven om gecontacteerd te worden in het kader van de aanvullende diensten en voordelen (de opting-in hebben aangekruist). Ze mogen dan ook per mail gecontacteerd worden om deel te nemen aan een online enquête.

7 Deze Survey Monkey CM account wordt beheerd vanop het departement Onderzoek & Ontwikkeling en is enkel toegankelijk voor CM medewerkers die het wachtwoord hiervan kennen.

Een eerste belangrijke vaststelling is dat de respondenten de verschillende dimensies hoog scoren op hun samenhang met gezondheid (zie Figuur 2). Het percentage voor elk van de zes dimensies werd berekend door de gemiddelde score te nemen van de 7 deelaspecten die tot de dimensie behoren. De klassieke dimensie 'lichaamsfuncties' (vb: klachten en pijn, eten) scoort het hoogst: 97% van de respondenten vindt dat dit met zijn/haar gezondheid te maken heeft. 'Kwaliteit van leven' (vb: gelukkig zijn, lekker in je vel zitten) staat op de tweede plaats en heeft voor 93% van de respondenten met gezondheid te maken. Ook de vier andere dimensies scoren hoog. Voor 'dagelijks functioneren' (vb: zorgen voor jezelf, kennis van gezondheid, je grenzen kennen) is dit 89% en voor 'mentaal welbevinden' (vb: vrolijk zijn, jezelf accepteren, concentreren) 88%. Ook 'zingeving' (vb: levenslust, zinvol leven) vindt 86% van belang voor zijn gezondheid. De dimensie 'meedoen' (vb: sociale contacten, samen leuke dingen doen, steun van anderen) sluit de rij met 82%.

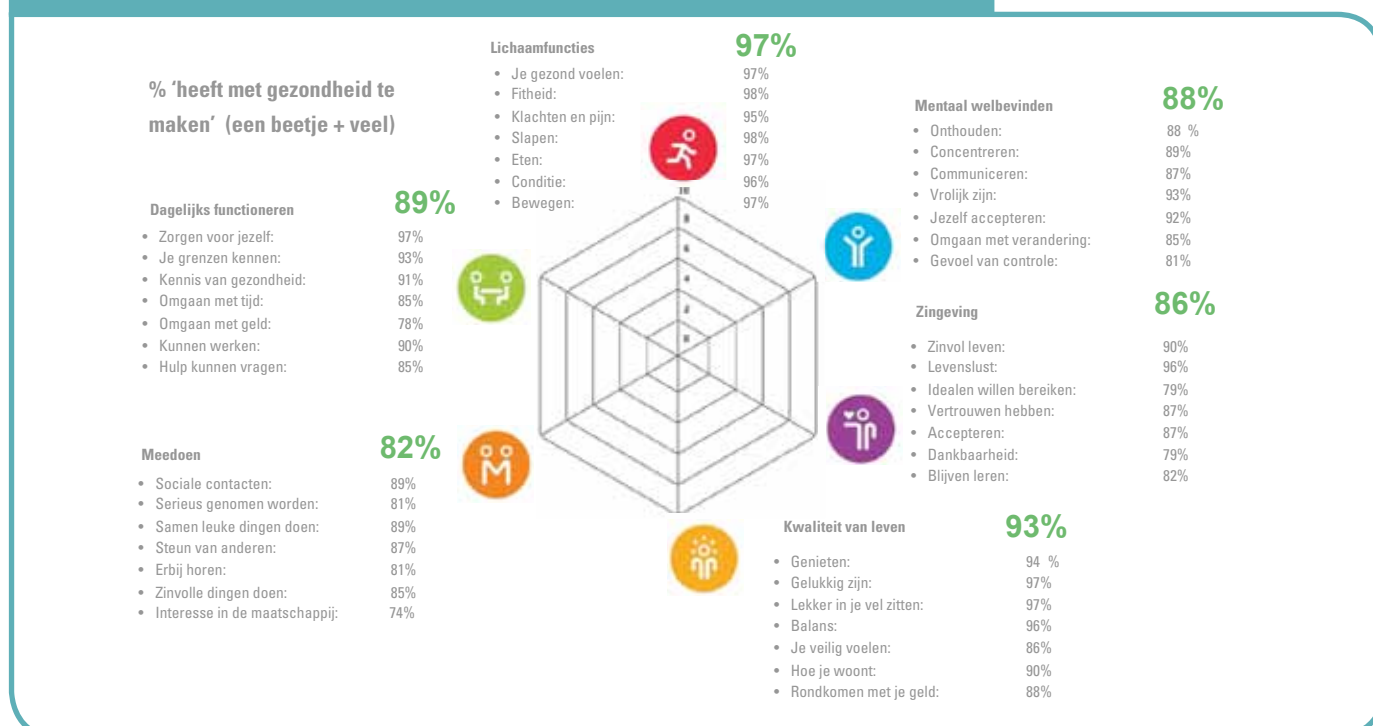
Figuur 2 toont verder dat, naast de 6 globale dimensies, ook de individuele deelaspecten binnen iedere dimensie hoog scoren op hun samenhang met gezondheid. Bijna iedereen vindt dat bijvoorbeeld 'zorgen voor jezelf' (97%), 'omgaan met verandering' (85%), 'blijven leren' (82%), 'hoe je woont' (90%), 'erbij horen' (81%) en 'hulp kunnen vragen' (85%), een beetje of veel, met gezondheid te maken hebben. Deze deelaspecten geven een ruimer begrip aan gezondheid dan de meer – puur fysieke en mentale - klassieke benadering van gezondheid. Zelfs de laagst scorende deelaspecten zoals 'dankbaarheid' (79%), 'omgaan met geld' (78%) en 'interesse in de maatschappij' (74%) worden nog steeds door een aanzienlijk aandeel van de respondenten geassocieerd met gezondheid.

### 3.1.2. Heeft veel met gezondheid te maken (= enkel het % 'veel' met gezondheid te maken)

Het verschil tussen deelaspecten zit hem niet zozeer in de vraag **of** ze met gezondheid te maken hebben, maar wel **in welke mate** ze met gezondheid te maken hebben. Daarom geven we in dit gedeelte enkel de resultaten weer van het aandeel respondenten dat 'heeft veel met gezondheid te maken' heeft geantwoord, terwijl we in het vorige gedeelte de som weergaven van de percentages heeft 'veel' en 'een beetje' met gezondheid te maken. Respondenten vinden duidelijk dat alle 42 deelaspecten met gezondheid te maken hebben, maar sommige deelaspecten hebben voor hen duidelijk meer met gezondheid te maken dan andere deelaspecten (zie Figuur 3). Zo vindt 84% van de respondenten dat 'je gezond voelen' **veel** met gezondheid te maken heeft, terwijl dit nog maar 30% is voor 'idealen willen bereiken'.

Vooraf deelaspecten binnen de dimensies 'lichaamsfuncties' en 'kwaliteit van leven' hebben volgens de respondenten **veel** met gezondheid te maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om je gezond voelen (84%), slapen (82%), fitheid (80%), lekker in je vel zitten (80%) en gelukkig zijn (78%). Niettemin hebben volgens de respondenten ook verschillende deelaspecten uit andere dimensies veel met gezondheid te maken, zoals zorgen voor jezelf (78%), levenslust (72%), jezelf accepteren (64%), vrolijk zijn (62%) en je grenzen kennen (63%). Deelaspecten die volgens minder respondenten veel met gezondheid te maken hebben zijn onder meer idealen willen bereiken (30%), interesse in de maatschappij (31%), omgaan met geld (35%), gevoel van controle (38%) en omgaan met tijd (40%).

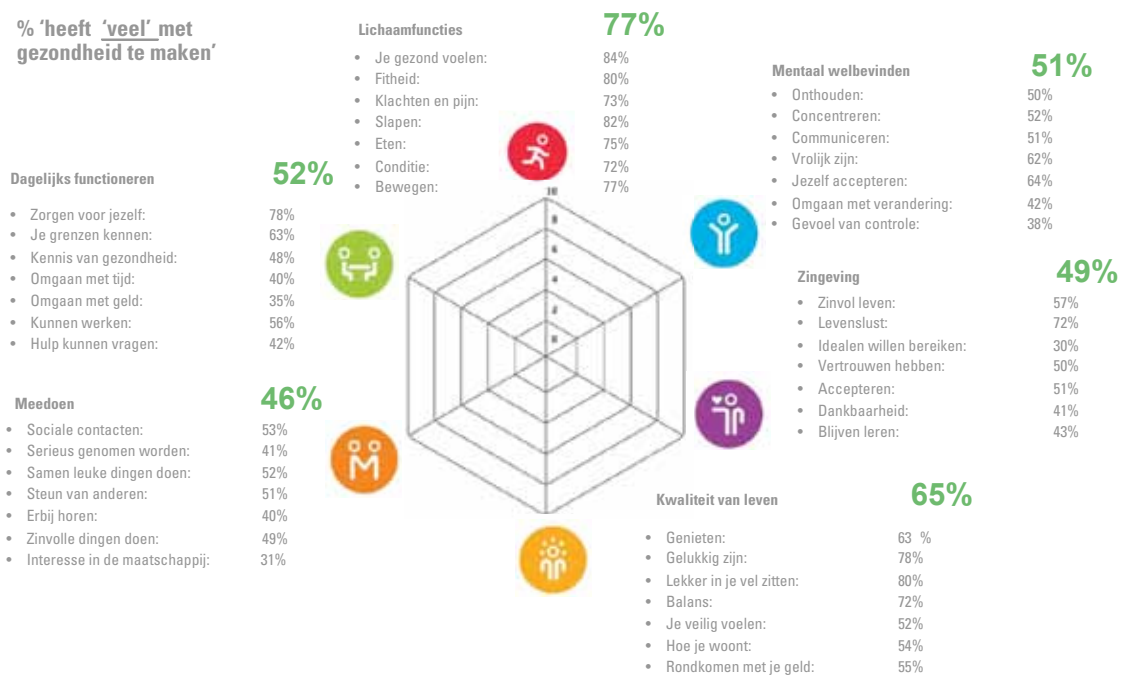
Figuur 2: % heeft (een beetje + veel) te maken met gezondheid





**Figuur 3: % heeft veel te maken met gezondheid**

**% 'heeft 'veel' met gezondheid te maken'**



**3.2. Samenhang verschilt volgens leeftijd, beroepsactiviteit, geslacht en opleiding**

Een aantal kenmerken van respondenten zijn gelinkt aan hun beoordeling over de mate waarin de deelaspecten met

gezondheid te maken hebben. Vooral het percentage 'heeft veel met gezondheid te maken' varieert tussen de verschillende groepen, en niet zozeer het percentage 'heeft met gezondheid te maken' (waarin de scores 'veel' en 'een beetje' opgeteld worden).

**Tabel 1: Verschillen tussen de dimensies en deelaspecten volgens leeftijd**

Dimensie	Samenhang	Dimensie	Samenhang	Dimensie	Samenhang
<b>Dagelijks functioneren</b>		<b>Lichaamsfuncties</b>		<b>Mentaal welbevinden</b>	+++
Zorgen voor jezelf		Je gezond voelen		Onthouden	+++
Je grenzen kennen	+++	Fitheid		Concentreren	+++
Kennis van gezondheid	+++	Klachten en pijn	---	Communiceren	+++
Omgaan met tijd	+++	Slapen	---	Vrolijk zijn	+++
Omgaan met geld	+++	Eten	---	Jezelf accepteren	+++
Kunnen werken		Conditie	+++	Omgaan met verandering	+++
Hulp kunnen vragen		Bewegen	+++	Gevoel van controle	+++
<b>Meedoen</b>	+++	<b>Kwaliteit van leven</b>	+++	<b>Zingeving</b>	+++
Sociale contacten		Genieten	+++	Zinvol leven	+++
Serieus genomen worden	+++	Gelukkig zijn		Levenslust	+++
Samen leuke dingen doen	+++	Lekker in je vel zitten		Idealen willen bereiken	+++
Steun van anderen		Balans		Vertrouwen hebben	+++
Erbij horen	+++	Je veilig voelen	+++	Accepteren	+++
Zinnvolle dingen doen	+++	Hoe je woont	+++	Dankbaarheid	+++
Interesse in de maatschappij	+++	Rondkomen met je geld	+++	Blijven leren	+++

--- = een grotere samenhang bij een dalende leeftijd  
 +++ = een grotere samenhang bij een stijgende leeftijd

Leeftijd<sup>8</sup> speelt de grootste rol (zie Tabel 1).

- Hoe **jonger** de respondenten, hoe sterker de samenhang<sup>9</sup> met drie deelaspecten binnen de dimensie lichaamsfuncties: klachten en pijn, slapen en eten.

Voorbeeld: 73% van de respondenten van 70 jaar en ouder vindt dat slapen 'veel' met gezondheid te maken heeft, terwijl dit oploopt tot 84% bij de 18-tot-29 jarigen.

- Hoe **ouder** de respondenten, hoe sterker de samenhang<sup>10</sup> met de dimensies zingeving (vb: dankbaarheid, blijven leren) en mentaal welbevinden (vb: onthouden, concentreren), maar ook met de dimensie kwaliteit van leven (vb: hoe je woont, rondkomen met geld) en meedoen (vb: erbij horen, interesse in de maatschappij).

Voorbeeld: slechts 27% van de respondenten tussen 18 en 29 jaar vindt dat gevoel van controle 'veel' met gezondheid te maken heeft, terwijl dit bij de 70-plussers oploopt tot 51%.

Er is ook een grote relatie met beroepsactief zijn of niet (Tabel 2). Personen die **niet beroepsactief** zijn (gepensioneerd, werkloos, arbeidsongeschikten wegens ziekte):

- geven voor heel wat deelaspecten een grotere samenhang aan met gezondheid<sup>11</sup> dan personen die wel beroepsactief

zijn. Dit zien we vooral binnen de dimensies mentaal welbevinden (vb: gevoel van controle, concentreren) en zingeving (vb: dankbaarheid, blijven leren).

Voorbeeld: voor slechts 37% van de beroepsactieven heeft blijven leren met gezondheid te maken, tegenover 53% onder de niet beroepsactieven.

- geven ook een hogere score voor een aantal andere deelaspecten (die verspreid zijn over drie dimensies): je veilig voelen en rondkomen met je geld (dimensie kwaliteit van leven), omgaan met geld (dimensie dagelijks functioneren), serieus genomen worden, zinvolle dingen doen en interesse in de maatschappij (dimensie meedoen).

Ook opleiding<sup>12</sup> is gerelateerd aan gepercipieerde samenhang met gezondheid (Tabel 3).

- Hoe **hoger opgeleid**, hoe sterker de samenhang met gezondheid<sup>13</sup> voor de dimensie 'lichaamsfuncties' (vb: slapen, eten, bewegen).

Voorbeeld: 66% van de lager opgeleiden (geen diploma middelbaar onderwijs) vindt dat bewegen 'veel' met gezondheid te maken heeft, terwijl dit bij de hoger opgeleiden (hoger onderwijs of universiteit) oploopt tot 81%.

**Tabel 2: Verschillen tussen de dimensies en deelaspecten volgens beroepsactief zijn**

Dagelijks functioneren		Lichaamsfuncties		Mentaal welbevinden	+++
Zorgen voor jezelf		Je gezond voelen		Onthouden	+++
Je grenzen kennen		Fitheid		Concentreren	+++
Kennis van gezondheid		Klachten en pijn		Communiceren	+++
Omgaan met tijd		Slapen		Vrolijk zijn	
Omgaan met geld	+++	Eten		Jezelf accepteren	
Kunnen werken		Conditie		Omgaan met verandering	
Hulp kunnen vragen		Bewegen		Gevoel van controle	+++
Meedoen		Kwaliteit van leven		Zingeving	+++
Sociale contacten		Genieten		Zinvol leven	+++
Serieus genomen worden	+++	Gelukkig zijn		Levenslust	
Samen leuke dingen doen		Lekker in je vel zitten		Idealen willen bereiken	
Steun van anderen		Balans		Vertrouwen hebben	+++
Erbij horen		Je veilig voelen	+++	Accepteren	+++
Zinvolle dingen doen	+++	Hoe je woont		Dankbaarheid	+++
Interesse in de maatschappij	+++	Rondkomen met je geld	+++	Blijven leren	+++

+++ = een grotere samenhang bij personen die niet beroepsactief zijn.

8 Voor de analyse volgens leeftijd werden de volgende leeftijdscategorieën met elkaar vergeleken: 18-29 jaar, 30-49 jaar, 50-69 jaar en 70+.

9 In tabel 1 wordt dit effect met een '---' aangeduid.

10 In tabel 1 wordt dit effect met een '+++' aangeduid.

11 In Tabel 2 wordt dit effect met een '+++' aangeduid.

12 Voor de analyse volgens opleiding werden de volgende opleidingsniveaus met elkaar vergeleken: lager opgeleid (geen diploma middelbaar onderwijs), midden opgeleid (diploma middelbaar onderwijs), hoger opgeleid (hoger onderwijs of universiteit).

13 In tabel 3 wordt dit effect met een '+++' aangeduid.

**Tabel 3: Verschillen tussen de dimensies en deelaspecten volgens opleidingsniveau**

Dagelijks functioneren		Lichaamsfuncties	+++	Mentaal welbevinden	
Zorgen voor jezelf		Je gezond voelen		Onthouden	
Je grenzen kennen		Fitheid	+++	Concentreren	
Kennis van gezondheid		Klachten en pijn	+++	Communiceren	
Omgaan met tijd		Slapen	+++	Vrolijk zijn	
Omgaan met geld	---	Eten	+++	Jezelf accepteren	
Kunnen werken		Conditie	+++	Omgaan met verandering	
Hulp kunnen vragen		Bewegen	+++	Gevoel van controle	---
Meedoen		Kwaliteit van leven		Zingeving	
Sociale contacten		Genieten		Zinvol leven	
Serius genomen worden	---	Gelukkig zijn		Levenslust	
Samen leuke dingen doen		Lekker in je vel zitten		Idealen willen bereiken	
Steun van anderen		Balans		Vertrouwen hebben	
Erbij horen		Je veilig voelen		Accepteren	
Zinvolle dingen doen		Hoe je woont		Dankbaarheid	---
Interesse in de maatschappij		Rondkomen met je geld	---	Blijven leren	

+++ = een grotere samenhang bij een stijgend opleidingsniveau

--- = een grotere samenhang bij een dalend opleidingsniveau

**Tabel 4: Verschillen tussen de dimensies en deelaspecten volgens geslacht**

Dagelijks functioneren		Lichaamsfuncties		Mentaal welbevinden	+++
Zorgen voor jezelf		Je gezond voelen		Onthouden	
Je grenzen kennen	+++	Fitheid		Concentreren	
Kennis van gezondheid		Klachten en pijn		Communiceren	+++
Omgaan met tijd	+++	Slapen		Vrolijk zijn	
Omgaan met geld		Eten	+++	Jezelf accepteren	+++
Kunnen werken		Conditie		Omgaan met verandering	+++
Hulp kunnen vragen		Bewegen		Gevoel van controle	
Meedoen	+++	Kwaliteit van leven		Zingeving	
Sociale contacten	+++	Genieten		Zinvol leven	
Serius genomen worden:	+++	Gelukkig zijn		Levenslust	
Samen leuke dingen doen		Lekker in je vel zitten		Idealen willen bereiken	
Steun van anderen	+++	Balans	+++	Vertrouwen hebben	
Erbij horen	+++	Je veilig voelen	+++	Accepteren	
Zinvolle dingen doen	+++	Hoe je woont		Dankbaarheid	+++
Interesse in de maatschappij		Rondkomen met je geld	+++	Blijven leren	

+++ = een grotere samenhang bij vrouwen.

- Hoe **lager opgeleid**, hoe sterker de samenhang met gezondheid<sup>14</sup> voor een aantal zeer specifieke deelaspecten:
  - gevoel van controle (mentaal welbevinden)
  - dankbaarheid (zingeving)
  - rondkomen met je geld (kwaliteit van leven)
  - omgaan met geld (dagelijks functioneren)
  - serieus genomen worden (meedoen)

Tot slot speelt ook het geslacht van de respondent een rol in de beoordeling (Tabel 4).

- **Vrouwen** beoordelen de samenhang met gezondheid voor verschillende deelaspecten hoger<sup>15</sup>, vooral binnen de dimensies 'mentaal welbevinden' (jezelf accepteren, omgaan met verandering en communiceren) en 'meedoen' (vb: sociale contacten, steun van anderen).

De subjectieve gezondheidstoestand (de eigen beoordeling van zijn gezondheidstoestand: -heel- goed, het gaat,-heel-slecht), de aanwezigheid versus afwezigheid van een langdurige ziekte of de regio (Vlaanderen, Wallonië of Brussel) spelen slechts een heel minieme rol. De familiale situatie (gezinssituatie met kinderen versus zonder kinderen, alleenstaande versus koppel) speelt geen enkele rol.

#### 4. Conclusie onderzoek

De CM-leden (en bij uitbreiding: de Belgische bevolking) lijken klaar voor het nieuwe concept Positieve Gezondheid. In een online enquête gaven ruim 8.600 respondenten aan dat, voor hen, alle zes dimensies van Positieve Gezondheid met gezondheid te maken hebben. De lichaamsfuncties (vb: zich gezond voelen, eten, slapen) blijven de belangrijkste, maar kwaliteit van leven (vb: gelukkig zijn, lekker in je vel zitten, balans) zetten ze duidelijk op de tweede plaats. Even goed geven ze aan dat dagelijks functioneren, mentaal welbevinden, zingeving en meedoen samenhangen met gezondheid. Er is geen enkel deelaspect binnen het spinnenweb van Positieve Gezondheid waarvan respondenten vinden dat het niets met gezondheid te maken heeft.

Opvallend is dat sommige groepen meer de nadruk leggen op bepaalde deelaspecten dan andere groepen. Vrouwen zien een grotere samenhang tussen gezondheid en de dimensies mentaal welbevinden en meedoen. Personen die niet beroepsactief zijn (gepensioneerden, werklozen en arbeidsongeschikten wegens ziekte) hechten meer belang

aan de dimensies mentaal welbevinden en zingeving. Jongeren en hoger opgeleiden lijken wat meer gefocust te zijn op de klassieke lichaamsfuncties, terwijl ouderen en lager opgeleiden een sterkere samenhang zien tussen gezondheid en ook de andere dimensies.

Het besef dat niet enkel de lichaamsfuncties met gezondheid te maken hebben, maar ook kwaliteit van leven, mentaal welbevinden, meedoen en dagelijks functioneren, lijkt een inzicht te zijn dat groeit met het ouder worden. Levenservaring, het aan den lijve ondervinden, helpt mogelijks om in te zien dat zaken zoals omgaan met verandering, het leven accepteren zoals het is, ... wel degelijk met gezondheid te maken hebben. Hetzelfde kan men zeggen voor bijvoorbeeld omgaan met geld, rondkomen met geld en hoe je woont. Personen die dit zelf ervaren hebben, door bijvoorbeeld te moeten rondkomen met een vervangingsinkomen, gaan dit misschien daarom ook sterker linken met gezondheid.

Tot slot kan het zijn dat personen die niet meer meedraaien in het beroepsleven (de niet-beroepsactieven), beter beseffen dat zinvol leven, blijven leren, zinvolle dingen doen, erbij horen of interesse hebben in de maatschappij, belangrijke deelaspecten van gezondheid (kunnen) zijn.

Onze studie toont aan dat gezondheid niet voor iedereen hetzelfde is, dat niet alles binnen gezondheid even belangrijk is voor elk afzonderlijk individu. En ook daar draait Positieve Gezondheid om: het gesprek aangaan met de persoon over wat voor hem of haar belangrijk is in zijn of haar leven en waaraan men zélf wil werken, wat men zelf het meest veranderd wil zien.

#### 5. Lancering Positieve Gezondheid België

Uit de CM-bevraging rond Positieve Gezondheid blijkt dat de respondenten, en bij uitbreiding de Belg, klaar zijn voor een verfrissende, brede kijk op gezondheid. Om dit nieuwe concept ingang te doen vinden in de gehele Belgische samenleving en de gezondheidszorg, zullen meerdere partners hun krachten bundelen om de pluralistische Stichting Positieve Gezondheid België (PGB) op te starten.

Op 1 juni 2018 maakte CM zich op haar symposium 'Samen voor Positieve Gezondheid', bekend als stichtende partner van **Positieve Gezondheid België (PGB)**.

<sup>14</sup> In tabel 3 wordt dit effect met een '---' aangeduid.

<sup>15</sup> In tabel 4 wordt dit effect met een '+++' aangeduid.

Als gezondheidsfonds onderschrijft het de missie en visie van PGB, die staan weergegeven op de website [www.mijnpositivegezondheid.be](http://www.mijnpositivegezondheid.be) en [www.masantepositive.be](http://www.masantepositive.be). Bezoekers van de website kunnen er tevens hun eigen Positieve Gezondheid in kaart brengen aan de hand van het spinnenweb 'Mijn Positieve Gezondheid'.

**Positieve Gezondheid België (PGB)** wil het nieuwe concept gezondheid binnen ieders bereik brengen.

In concreto wil PGB werken op vier pijlers. Het wil:

1. de **methode** versterken door te fungeren als een facilitator en katalysator van de beweging, onderzoek doen en faciliteren naar de werkzaamheid van het concept Positieve Gezondheid, instrumenten ontwikkelen en ze vertalen naar verschillende toepassingsmogelijkheden in uiteenlopende situaties.
2. dat elk **individu** in België over de juiste gezondheidsvaardigheden beschikt om zelf de regie te voeren over zijn gezondheid en elk individu op weg helpen naar een veerkrachtig en betekenisvol leven. PGB wil dit doen door een platform te ontwikkelen waar de kennis verzameld wordt, ervaringen worden uitgewisseld en op die manier health literacy verhogen in het individu met aandacht voor equity.
3. **professionals** en hun organisaties inspireren, opleiden en versterken om hun kijk op gezondheid te verbreden. Dit kan o.a. door opleidingen in het gebruik van het spinnenweb en in het aanleren van coaching skills volgens de principes van motiverende gespreksvoering, alsook door het oprichten van een community waarin alle initiatieven gebundeld worden, belemmeringen in het gebruik van Positieve Gezondheid in de weg staan en op te lossen.
4. mensen optimaal kansen geven om te werken aan Positieve Gezondheid via een **omgeving** die dit toelaat en stimuleert. Dit kan door het creëren van de noodzakelijke en faciliterende randvoorwaarden in ons systeem. Dit realiseert PGB onder meer door in te zetten op maximale samenwerkingen tussen mensen en organisaties, door het herdefiniëren van gezondheidszorg en gezondheidszorgsystemen, door het actualiseren van de gezondheidszorgverzekering, en door het concept van Positieve Gezondheid structureel te verankeren in de samenleving.



## “Ik geraak er niet”. Vervoersarmoede, een probleem voor mensen met een chronische ziekte?

Bertout Hellemans, stafmedewerker Samana

Ilse Janssens, stafmedewerker Samana

### Samenvatting

*De actiegroep mobiliteit van Samana peilde naar de mobiliteitsmogelijkheden van mensen met een chronische ziekte. Met de resultaten wil de actiegroep gerichte acties en initiatieven opzetten om drempels die de doelgroep ervaart op het vlak van mobiliteit zoveel mogelijk weg te werken.*

*Opmerkelijk, de meerderheid van de bevroegden schat zijn of haar mobiliteit erg hoog in, heeft een eigen wagen en doet vooral beroep op de naaste omgeving wanneer zij hulp nodig hebben om zich te verplaatsen. De groep die wel mobiliteitsdrempels ervaart stelt de verplaatsingen veelal uit om financiële redenen. Het openbaar vervoer wordt niet gezien als geschikt alternatief en ook de kennis over- en het gebruik van het aangepast vervoersaanbod is erg beperkt.*

*Sleutelwoorden: chronisch zieken, mobiliteit, vervoersarmoede, openbaar vervoer, aangepast vervoer*

### 1. Doelstelling en methode

‘Meten is weten’ ... vanuit dat uitgangspunt organiseerde de actiegroep mobiliteit van Samana, bestaande uit vrijwilligers en educatieve medewerkers, een bevraging bij mensen met een chronische ziekte om te peilen naar de drempels die zij ervaren op het vlak van mobiliteit. “Ik geraak er niet”, is een vaak gehoorde uitspraak wanneer iemand uitgenodigd wordt om deel te nemen aan een activiteit.

Dit “mobiliteitsargument” wordt zowel door vrijwilligers als professionelen vaak genoemd als belangrijke reden waarom mensen met een chronische ziekte niet kunnen deelnemen aan de werking. Maar klopt dat ook? En hoe groot is deze groep en welke drempels ervaren zij?

De actiegroep mobiliteit van Samana wil met de resultaten van de bevraging bekijken welke creatieve oplossingen uitgewerkt kunnen worden voor situaties waarin beperkte mobiliteit een drempel is voor deelname aan de werking. De werkgroep wil hierrond experimenten en acties opzetten.

De enquête werd verzonden in het najaar van 2017: 36.000 volwassenen tussen 18 en 65 jaar oud, waarvan we, op basis van enkele indicatoren (statuut chronisch zieken, statuut invaliditeit, statuut gehandicapte, forfait B of C thuisverpleging) kunnen afleiden dat ze chronisch ziek zijn, én waarvan het mailadres gekend was, kregen een mail<sup>1</sup> met de vraag deel te nemen aan de online enquête. In totaal vulden 4.850 mensen de enquête in, een responsgraad van 13,5%.

### 2. Profiel van de deelnemers

De enquête werd beantwoord door 3.027 vrouwen en 1.823 mannen, een verhouding van 2/3<sup>de</sup> vrouwen tegenover 1/3<sup>de</sup> mannen.

Van al de respondenten is 65% ouder dan 50 jaar. Hoewel het moeilijk bleek om ‘jongere’ mensen met een chronische ziekte te bereiken, vulden toch 615 personen tot 39 jaar de enquête in (13% van de respondenten).

<sup>1</sup> De vragenlijst werd enkel uitgestuurd naar personen die bij het doorgeven van hun e-mailadres aan CM de toestemming hebben gegeven om gecontacteerd te worden in het kader van de aanvullende diensten en voordelen (de opting-in hebben aangekruist). Ze mogen dan ook per mail gecontacteerd worden om deel te nemen aan een online enquête.

De respondenten zijn gelijkwaardig gespreid over de provincies, 32% van de respondenten woont in de stad of in een stadsomgeving, terwijl 65% in een dorp/gemeente woont.

### 2.1. Rijbewijs

86% van de respondenten heeft zelf een rijbewijs. 9% van de respondenten woont met iemand samen die een rijbewijs heeft, en bijna 5% geeft aan dat niemand in zijn of haar gezin een rijbewijs heeft.

### 2.2. Arbeidssituatie

31% van de respondenten is actief op de arbeidsmarkt. De grote meerderheid van de bevroegden (70%) is niet actief.

### 2.3. Gezinstoestand

Van de bevroegden is 30% alleenstaand en woont 70% samen met iemand. Van alle bevroegden heeft 60% geen inwonende kinderen.

### 2.4. Gezondheidstoestand

Er werd ook gevraagd naar de gezondheidstoestand:

- 70% beschrijft zichzelf als 'chronisch ziek'
- 21% heeft een fysieke beperking of handicap
- 18% heeft een psychische kwetsbaarheid
- 7% heeft een visuele of auditieve stoornis
- 17% duidt een andere mogelijkheid aan, en beschrijft deze zelf:
  - 5% vermeldt rugproblemen, gewrichtsproblemen, reuma, amputaties, enz.
  - 1,8% van de ondervraagden heeft te maken met kanker
  - 1,2% lijdt aan CVS (chronisch vermoeidheidssyndroom) of fibromyalgie

## 3. Bevraging mobiliteit van personen met een chronische ziekte

### 3.1. Mobiliteitstoestand: gebruik van hulpmiddelen

Om de toestand van de deelnemers goed in te schatten werd bevroegd welke hulpmiddelen al dan niet door deze doelgroep gebruikt worden om zich te verplaatsen. De meerderheid van de respondenten (72%) heeft hiervoor geen hulpmiddelen nodig. 15% gebruikt voor zijn verplaatsing een wandelstok of krukken. Sommige respondenten gebruiken hiervoor een rolwagen: 2% een elektrische rolwagen en 8% een manuele rolwagen. Een rollator of looprek wordt door 4% gebruikt. 12% geeft aan een ander hulpmiddel te gebruiken.

### 3.2. Wagen

Van de bevroegden beschikt 19% niet over een wagen, 75% beschikt over een gewone wagen (niet-aangepast) en 6% gebruikt een aangepaste wagen.

### 3.3. Manier van verplaatsen

Om te polsen hoe men zijn verplaatsingen meestal maakt, werd de deelnemers gevraagd één vervoerswijze aan te duiden die het meest gebruikt wordt (zie tabel 1): de wagen steekt hier helemaal bovenuit (58% met de eigen wagen en 6% met de wagen van iemand anders). Op ruime afstand volgt de fiets (13%). Het aandeel dat aangepast vervoer of vervoer via bv. de minder mobiele centrale gebruikt, is zeer miniem. De bus is goed voor 4% en 6% verplaatst zich meestal te voet.

Er zijn een aantal regionale verschillen terug te vinden (zie tabel 1).

In Brussel ziet de situatie er anders uit, met een veel groter gebruik van het openbaar vervoer en beperkter gebruik van de wagen. Men verplaatst zich hier ook meer te voet in vergelijking met de andere provincies. In Limburg en Vlaams-Brabant wordt de fiets merkbaar minder als vervoersmiddel gebruikt, met meer gebruik van de wagen.

Ook de woonomgeving (stads- of dorpsomgeving) leidt tot een aantal verschillen. Ook al blijft de wagen op nummer 1 staan voor beide woonomgevingen, in een dorp wordt de wagen vaker gebruikt voor verplaatsingen in vergelijking met stadsbewoners. Stadsbewoners kiezen dan weer vaker voor het openbaar vervoer of gaan vaker met de fiets of te voet in vergelijking met dorpsbewoners.

### 3.4. Afhankelijkheid van derden

Er werd ook gepeild naar de mate van afhankelijkheid van derden om zich te kunnen verplaatsen. Daaruit blijkt dat een groot deel van de bevroegden in meerdere of mindere mate afhankelijk is van anderen voor zijn of haar verplaatsingen. De helft van de bevroegden (48%) geeft aan 1 keer per maand of meer hulp nodig te hebben.

- 9% van de respondenten is totaal afhankelijk van anderen voor verplaatsingen (heeft hulp nodig voor elke verplaatsing).
- 15% heeft minstens wekelijks hulp nodig.
- 24% heeft minstens maandelijks hulp nodig.

Anderzijds heeft de helft van de bevroegden (52%) nooit hulp van anderen nodig.

Wie voor zijn verplaatsing wél afhankelijk is van anderen, zoekt meer hulp in de eigen sociale omgeving dan bij gespecialiseerde organisaties (zie tabel 2). Men krijgt vooral hulp van personen uit het eigen gezin: de partner of een ander inwonend gezinslid.

Tabel 1: Meest gebruikte wijze van verplaatsing: totaal en uitgesplitst volgens provincie

	Antwerpen	Brussel	Limburg	Oost-Vlaanderen	Vlaams-Brabant	West-Vlaanderen	Totaal
Met aangepast vervoer voor rolwagengebruikers	1%	.	0%	0%	.	0%	0%
Met de bromfiets/moto	1%	.	0%	1%	2%	1%	1%
Met de bus	5%	10,5%	3%	3%	4%	4%	4%
Met de fiets	16%	10,5%	8%	17%	9%	14%	13%
Met de metro	0%	14%	.	.	0%	.	0%
Met de tram	1%	.	0%	1%	.	1%	1%
Met de trein	2%	.	0%	1%	2%	1%	1%
Met de wagen van iemand anders	6%	.	6%	5%	6%	5%	6%
Met een taxi	0%	3%	0%	0%	0%	.	0%
Met mijn wagen	53%	28%	70%	57%	62%	56%	58%
Met vervoer via een Minder Mobielen centrale	1%	3%	1%	1%	1%	1%	1%
Te voet	5%	21%	5%	6%	6%	7%	6%
Overige	9%	10%	7%	8%	8%	10%	9%

Tabel 2: Van wie ben je afhankelijk voor je verplaatsingen?

Van mijn partner	59%
Van een ander gezinslid (bv. inwonende ouders of kinderen)	22%
Van niet-inwonende familie	26%
Van burens	7%
Van vrienden	23%
Van een persoonlijke assistent (PAB)	2%
Van Minder Mobielen Vervoer	5%
Van andere specifieke organisaties	7%

### 3.5. Openbaar vervoer

Het openbaar vervoer (bus, tram, trein, metro) wordt zeer beperkt gebruikt (figuur 1). Slechts 23% gebruikt op een regelmatige basis<sup>2</sup> (minstens maandelijks) het openbaar vervoer. 40% doet dit heel beperkt (minder dan maandelijks). 36% maakt hier zelfs nooit gebruik van.

Ook hier zijn een aantal provinciale nuances terug te vinden (figuur 2).

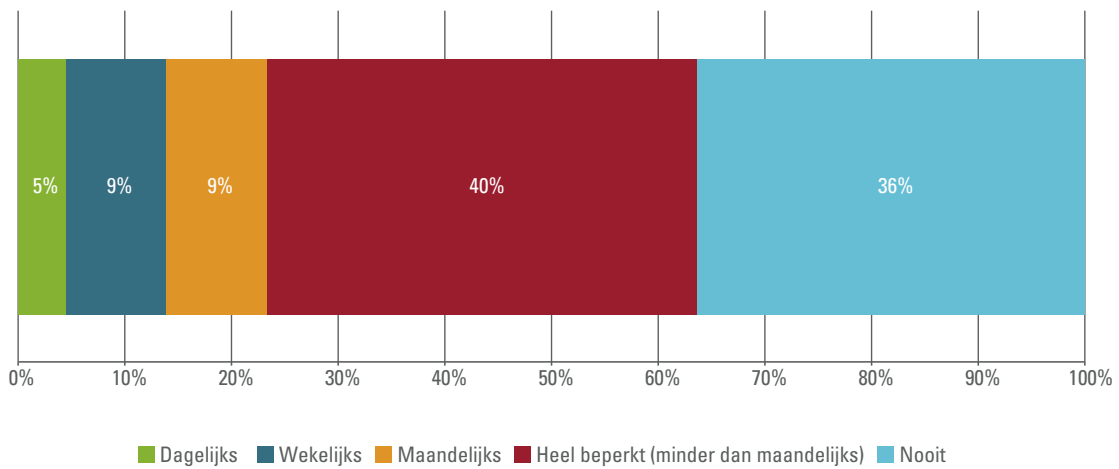
Brussel is koploper in gebruik van het openbaar vervoer. Maar liefst 67% maakt hiervan gebruik op een regelmatige basis (minstens maandelijks). In de andere regio's lijkt men veel beperkter gebruik te maken van het openbaar vervoer (tussen de 14% en 28% op regelmatige basis). Het aantal mensen dat zegt dagelijks gebruik te maken van het openbaar vervoer is ongeveer gelijk verdeeld over de provincies (behalve in Brussel). Er is vooral een verschil terug te vinden bij mensen die verklaren nooit gebruik te maken van het openbaar vervoer, waarbij Limburg (47%) en West Vlaanderen (40%) er nog wat meer uitspringen.

De frequentie van het gebruik van openbaar vervoer verschilt volgens woonplaats (dorp of stadsomgeving) (figuur 3). In een dorpsomgeving wordt het openbaar vervoer minder gebruikt dan in een stadsomgeving: in de stad gebruikt 8% dit dagelijks (tegenover 2% in een dorp). Dubbel zoveel mensen gebruiken het openbaar vervoer in de stad wekelijks (tegenover personen uit een dorpsomgeving), 4 op 10 van de respondenten uit een dorp gebruikt nooit openbaar vervoer, terwijl dit in een stad minder dan drie op tien is.

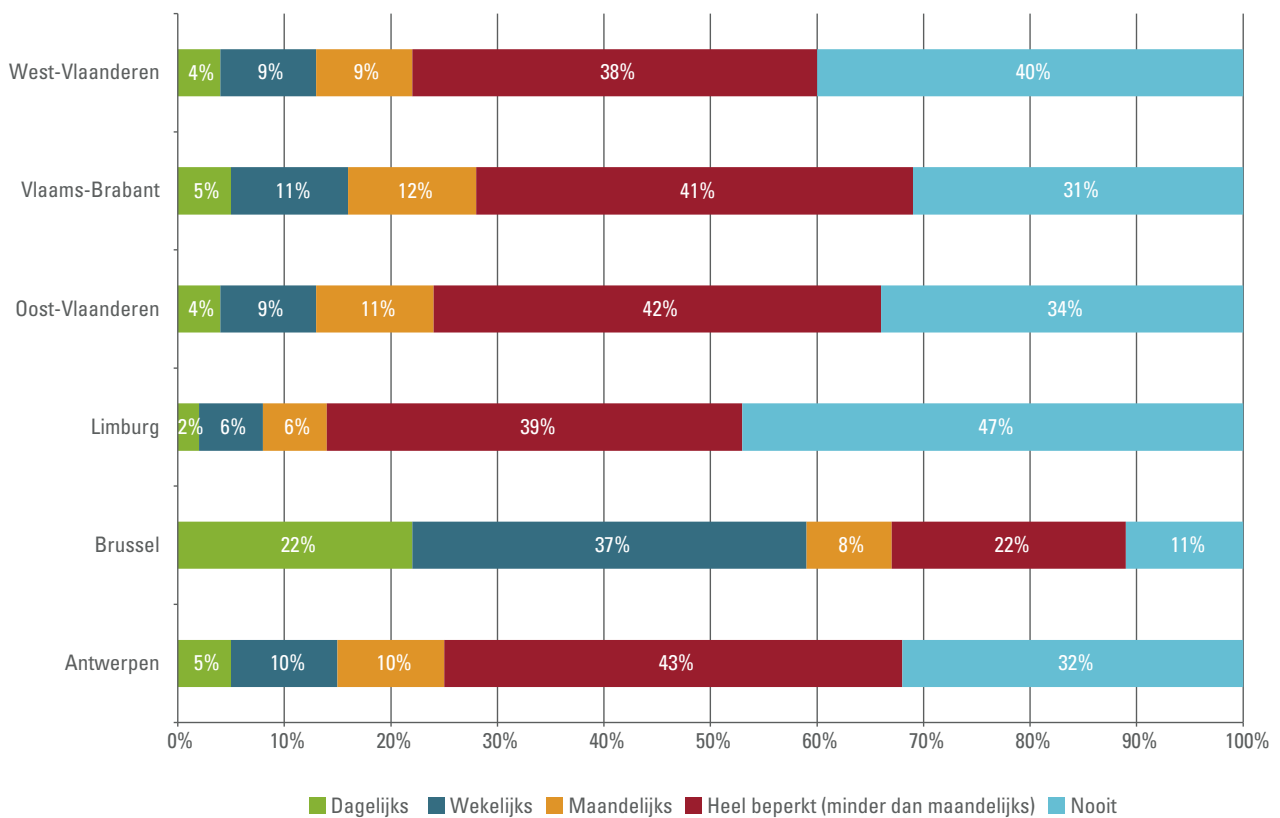
2 Het resultaat 'op regelmatige basis' is de optelsom van de percentages dagelijks, wekelijks en maandelijks gebruik. Dit geeft een beeld van alle personen die minstens maandelijks het openbaar vervoer gebruiken en omvat dus alle personen die zowel dagelijks, wekelijks als maandelijks dit doen.



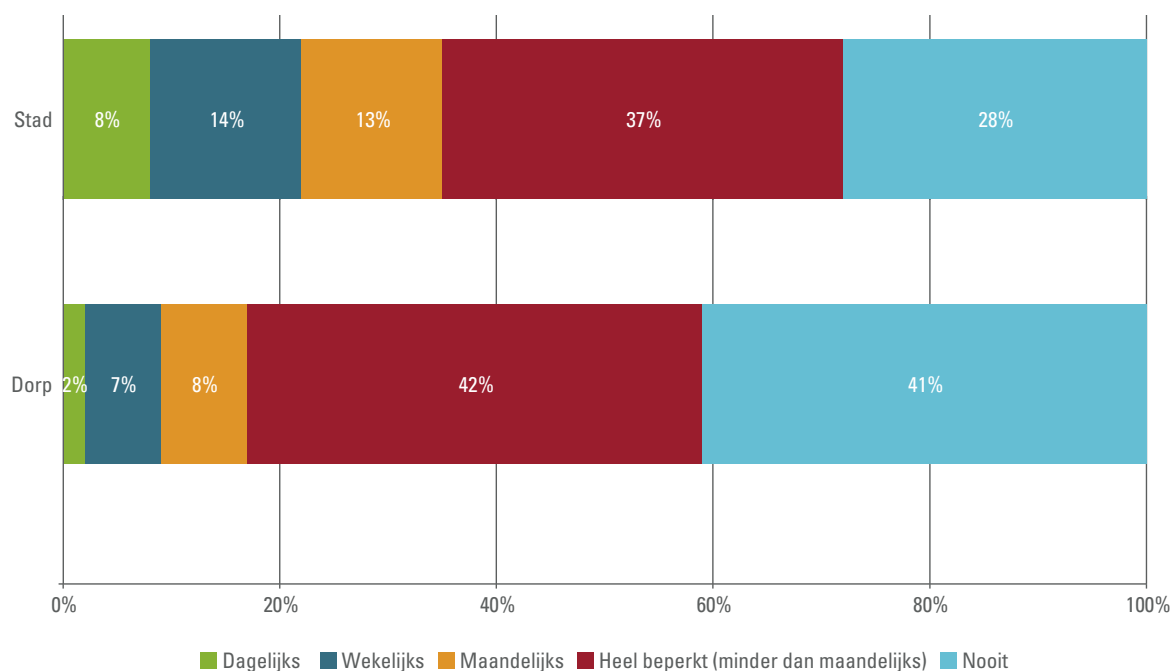
Figuur 1: Frequentie gebruik openbaar vervoer



Figuur 2: Frequentie gebruik openbaar vervoer – volgens provincie



**Figuur 3: Frequentie gebruik openbaar vervoer – volgens dorp / stad**



Alle respondenten kregen de vraag waarom ze het openbaar vervoer niet of slechts beperkt gebruiken. De aangehaalde redenen zijn vooral van praktische aard (tabel 3). Eén derde vindt het niet handig, één derde zegt dat de verbindingen niet voldoende afgestemd zijn, voor één op tien voldoen de uurregelingen niet en één op tien heeft geen openbaar vervoer in de buurt. Financiële redenen spelen blijkbaar minder een rol (slechts 6% vermeldt dit).

Comfort en de eigen mogelijkheden om het openbaar vervoer te nemen spelen ook mee: het openbaar vervoer is niet toegankelijk voor hen (5%), biedt te weinig comfort (8%), of het is onmogelijk het openbaar vervoer te gebruiken omwille van de ziekte of beperking die men heeft (15%).

Eén op vijf (20%) haalt andere redenen aan:

- Ik heb een wagen (3%)
- Ik heb er geen behoefte aan (1,3%)
- Er is te weinig plaats op, de opstap is te moeilijk (2%)
- De halte is te ver, er is te weinig openbaar vervoer (1,3%)
- Ik doe geen verre verplaatsingen (1%)
- Ik gebruik mijn fiets (1%)
- Het is te moeilijk (alleen) (1%)

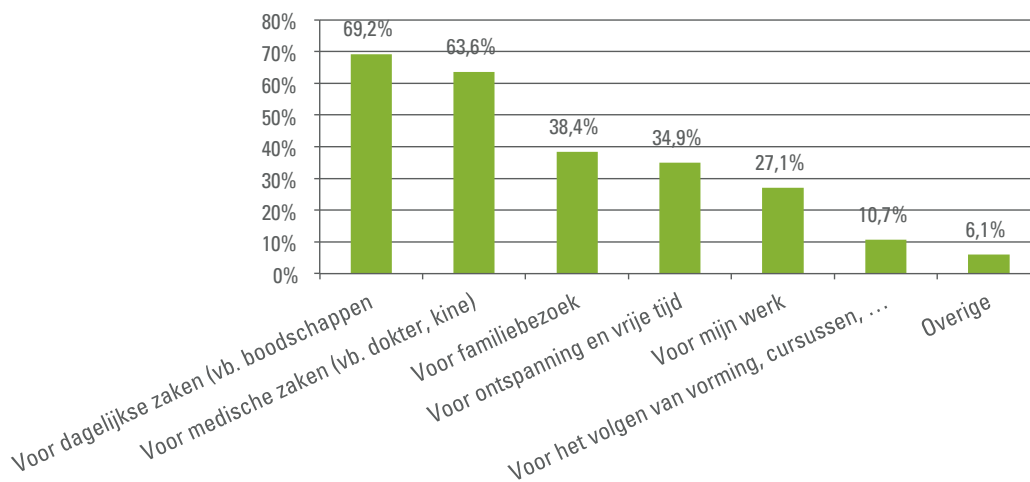
### 3.6. Reden van verplaatsing

Dagelijkse zaken zoals boodschappen doen zijn de belangrijkste redenen van verplaatsing, gevolgd door 'medische verplaatsingen' (figuur 4). Zich verplaatsen voor bijvoorbeeld het volgen van een vorming scoort opvallend veel lager.

**Tabel 3: Redenen waarom het openbaar vervoer niet gebruikt wordt**

Het is niet handig	34%
De verbindingen zijn slecht, je doet er te lang over	30%
Mijn ziekte of beperking maakt het onmogelijk	15%
De uurregelingen zijn slecht	14%
Er is geen openbaar vervoer in de buurt	10%
Het is ingewikkeld/moeilijk (bv. je moet vooraf reserveren, ...)	9%
Er is te weinig comfort	8%
Het is te duur voor mij	6%
Het is niet toegankelijk voor mij	5%
Overige (geef nadere toelichting)	20%

**Figuur 4: Reden van verplaatsing**



### 3.7. Uitstel van verplaatsingen

Verplaatsingen dienen weinig uitgesteld te worden: 59% van de bevraagden stelt nooit verplaatsingen uit. Verplaatsingen moeten soms uitgesteld worden om financiële redenen (14%), of omdat er niemand beschikbaar is om te helpen bij de verplaatsing (16%). Slechts 4% moet soms verplaatsingen uitstellen omdat er geen aangepast vervoer beschikbaar is. En 2% omdat het openbaar vervoer niet (tijdig) gereserveerd kon worden.

Het al dan niet hebben van een wagen speelt hier een belangrijke rol:

- Van de mensen die zeggen dat ze nooit verplaatsingen moeten uitstellen heeft 13% geen wagen.
- Van wie meldt verplaatsingen uit te stellen om financiële redenen, heeft 26% geen wagen.
- Van degenen die soms verplaatsingen uitstellen omdat er niemand aanwezig is om te helpen, heeft 37% geen wagen.
- Van wie verplaatsingen uitstelt door afwezigheid van aangepast vervoer heeft 53% geen wagen.
- Van wie verplaatsingen uitstelt omdat er geen openbaar vervoer (tijdig) kon gereserveerd worden heeft 58% geen wagen.

Over alle redenen heen blijft het percentage mensen met een aangepaste wagen dat verplaatsingen moet uitstellen ongeveer gelijk; dit schommelt tussen 5 en 9%.

### 3.8. Vervoersorganisaties

De kennis over verschillende vervoersorganisaties lijkt beperkt (tabel 4). Wanneer we deze doelgroep een aantal organisaties opsommen, blijkt 38% geen van de aangehaalde organisaties te kennen. Het Minder Mobielen vervoer van CM (35%) en het

Minder mobielenvervoer van gemeente of OCMW (30%) zijn het best gekend.

**Tabel 4: Kennis vervoerorganisaties**

Mobiliteitscentrale Aangepast Vervoer (MAV)	6%
Taxi Hendrickx	27%
Avira	1%
Autodelen	22%
On Wheels	2%
Minder Mobielen Vervoer van CM	35%
Minder mobielenvervoer van gemeente of OCMW	30%
Geen van deze	38%

Wanneer doorgevraagd wordt naar andere organisaties, die men ook kent, worden volgende vernoemd (tabel 5):

**Tabel 5: Andere organisaties**

	Vermeld door x %
Privé ambulance of ziekenvervoer	15%
Diensten aangepast vervoer	11%
Belbus	8%
Taxibedrijven	16%
Blablacar, taxistop	2%
Cambio	3%
Openbaar vervoer	7%

262 personen gaven via deze vraag bijkomende informatie, een greep uit de losse citaten die vermeld werden:

### Welke organisaties ken je nog?

- 'Minder mobiele centrale OCMW, maar daar verdien ik 50 euro/jaar teveel om er gebruik te kunnen van maken. En is ook duur hé.'
- 'Allemaal veel te duur!'
- 'De lijn? Ik krijg nergens informatie over iets.'
- 'Ik ken ik er weinig van, ik doe beroep op familie of bureu'. 'Gewone taxi's, maar duur!'
- 'De rolmobiel, als ik het me goed herinner is minder mobiel vervoer van CM niet beschikbaar in Herentals. Voor minder mobielvervoer van de gemeente kom ik niet in aanmerking omwille van mijn beroepsinkomen.'
- 'Er is mij nooit iets gezegd van die organisaties op CM'.
- 'Ik ben niet vertrouwd met bovenstaande en andere vervoersorganisaties. Ik heb er nog nooit bij stil gestaan of dit voor mij ook een optie kan zijn.'
- 'Ik dacht dat minder mobiele vervoer van CM, jaren geleden afgeschaft was, andere ken ik niet.'

Men blijkt ook weinig gebruik te maken van deze organisaties: 87% heeft nog nooit beroep gedaan op één van deze. Waarschijnlijk is er een logisch verband met het groot aantal deelnemers dat een eigen wagen ter beschikking heeft, maar ook de beperkte kennis van het alternatieve vervoersaanbod speelt een rol: wat men niet kent, gebruikt men niet.

Toch deed een aantal respondenten er wel beroep op:

- 5% deed beroep op Minder Mobielvervoer CM
- 4% deed beroep op Taxi Hendrickx
- 4% deed beroep op Minder mobiele vervoer van gemeente of OCMW
- 1% deed beroep op Mobiliteitscentrale Aangepast vervoer (MAV)

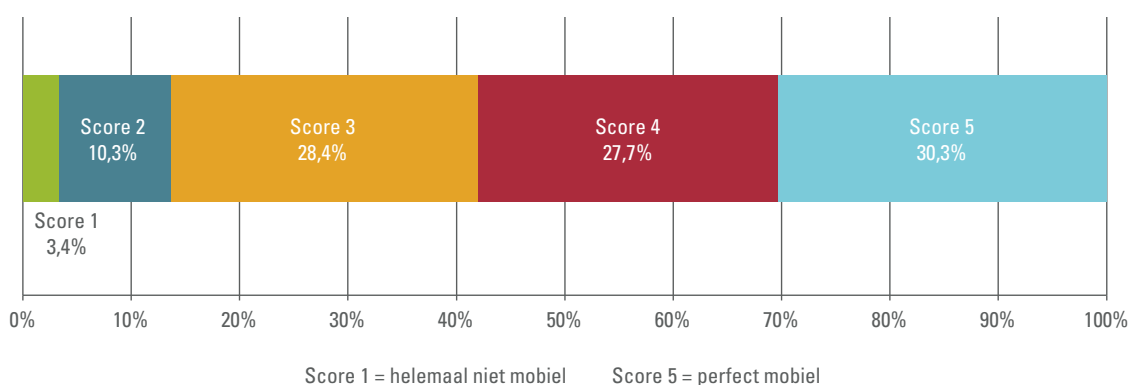
### 3.9. Mobiliteitsscore (figuur 5)

Aan de respondenten werd gevraagd een score te geven op hun mobiliteit. Ze konden hiervoor een score geven van 1 (helemaal niet mobiel) tot 5 (perfect mobiel).

De meerderheid van de respondenten (58%) schat de eigen mobiliteit hoog in: 30% zegt perfect mobiel te zijn, en nog eens 28% geeft zichzelf een hoge score op mobiliteit (score 4). Toch geeft 28% zichzelf maar een gemiddelde score (score 3) en scoort 14% zich laag in (score 2 of 1).

Bijna 40% van de bevroegden vindt zich onvoldoende geïnformeerd over mobiliteit en het maken van verplaatsingen (31% eerder niet en 8% zeker niet goed geïnformeerd).

Figuur 5: Mobiliteitsscore



## 4. Enkele conclusies

### 4.1. Geen eenduidig beeld

De resultaten van dit onderzoek geven geen eenduidig beeld. Wanneer de deelname van mensen met een chronische ziekte aan de activiteiten van Samana wordt geëvalueerd, is “ik geraak er niet” (m.a.w. het mobiliteitsargument) één van de meest aangehaalde redenen. Dit sluit ook aan bij het “buikgevoel” van de vrijwilligers en professionele medewerkers. Toch strookt dat niet helemaal met de resultaten van dit onderzoek. Een meerderheid van de respondenten schat de eigen mobiliteit hoog tot erg hoog in. Als meest gekozen vervoermiddel steekt de (eigen) wagen er helemaal bovenuit.

Het aandeel uit de doelgroep dat aangepast vervoer of openbaar vervoer gebruikt, blijkt zeer beperkt te zijn. En nog opvallender, een groot deel van de doelgroep blijkt weliswaar aangewezen te zijn op hulp van derden om zich te verplaatsen, maar die hulp wordt meer gezocht in de eigen sociale omgeving dan bij gespecialiseerde organisaties. Met andere woorden, een groot deel van de doelgroep geeft aan wel te geraken waar men naartoe wenst te gaan.

Het loont dus zeker de moeite om gericht te peilen naar de motieven van de doelgroep om wel of niet deel te nemen aan het activiteiten- en vormingsaanbod van Samana (iets wat ook reeds deels werd bevraagd in het Samana onderzoek naar de interesses in een ontmoetings- en vormingsaanbod van jongere mensen met een chronische ziekte), en daarbij toch ook voorbij het “ik geraak er niet” argument te gaan kijken.

### 4.2. Openbaar vervoer

Het openbaar vervoer wordt door de doelgroep erg beperkt gebruikt, vooral om praktische redenen. Een te beperkt aanbod, te weinig comfort, slechte verbindingen, niet handig in gebruik, ... Dit is een belangrijk signaal! Als we het autogebruik willen terugdringen is een goed kwalitatief uitgebouwd openbaar vervoer sowieso één van de belangrijkste alternatieven. Meer specifiek voor onze doelgroep zullen we moeten bekijken en opvolgen hoe het luik aangepast vervoer in de verschillende vervoersregio's zal ingevuld worden (cfr. Het principe van basisbereikbaarheid in de Vlaamse regelgeving).

### 4.3. Vervoersarmoede

*“Mobiliteit rijmt niet zomaar op vrijheid: jij kiest waar en wanneer je heen gaat. Naar je werk, je school of je avondje uit. Naar de dokter die je nodig hebt en de sportclub. We verplaatsen ons per dag gemiddeld drie keer, waarbij we gemiddeld per dag 40 km afleggen”,* zo stelt Vlaams onderzoek naar ons verplaatsgedrag.

Helaas is dit voor een aantal mensen met een chronische ziekte niet zo evident, 14% scoort zichzelf erg laag op zijn / haar mobiliteitsmogelijkheden.

En 14% geeft aan verplaatsingen uit te stellen om financiële redenen.

Het openbaar vervoer wordt niet als afdoende vervoersmogelijkheid gezien, zoals reeds aangegeven. Maar ook vervoersorganisaties die aangepast vervoer aanbieden zijn niet of onvoldoende gekend. Het gebrek aan informatie, het ondoorzichtige aanbod en de verschillende gebruiksvoorwaarden zijn mogelijke verklaringen voor het geringe gebruik van dit vervoersaanbod door een deel van de doelgroep die hiermee geholpen kan worden.

Overleg en afstemming tussen de verschillende aanbieders van aangepast vervoer en samen inzetten op betere informatie kunnen op korte termijn de bekendmaking en het gebruik ervan alvast ten goede komen. Op langere termijn zouden een laagdrempelige “tool” en echte routeplanner die gebruikers en aanbieders samenbrengt zeker een meerwaarde kunnen zijn.

De actiegroep mobiliteit van Samana gaat met deze resultaten aan de slag om zelf acties rond aangepast vervoer en vervoersarmoede bij mensen met een chronische ziekte op touw te zetten. Ze bekijkt hoe ze kan aansluiten bij bestaande initiatieven en overlegorganen om daarin de stem van de eigen doelgroep te laten horen.

## Het programma 'Je cours pour ma forme': evaluatie onder de deelnemers

Aline Fransen, Infor Santé

Hervé Avalosse, Departement Onderzoek & Ontwikkeling

### Samenvatting

*"Je cours pour ma forme" (JCPMF) is een informeel programma dat de fitheid bevordert door middel van joggen en is bedoeld voor mensen die niet of niet heel sportief zijn. In samenwerking met de vzw Sport & Santé werden JCPMF-sessies opgezet door zes Franstalige regionale CM-ziekenfondsen. De vzw organiseert ook andere sessies met steden en gemeenten.*

*Om de impact van het programma op de gezondheid van de deelnemers te kennen, heeft Infor Santé in samenwerking met de CM-studiedienst een evaluatieonderzoek georganiseerd in de vorm van een online vragenlijst. Ongeveer 10.000 lopers die deelnamen aan de door de Franstalige regionale CM-ziekenfondsen georganiseerde sessies werden gecontacteerd. Bijna 1.700 daarvan reageerden.*

- De meeste respondenten zijn vrouwen en zijn tussen de 36 en 55 jaar oud. Zij namen voornamelijk deel aan de sessies van 0-5 km (70%), nog eens 42% nam deel aan de sessies van 5-10 km. Velen namen deel aan meerdere sessies van verschillende afstanden, of herhaalden dezelfde sessie.*
- De impact van het programma op de gezondheid wordt onderzocht aan de hand van het voedingsgedrag, tabaks- en alcoholgebruik en het gebruik van kalmerende middelen en slaapmiddelen: bij een aanzienlijk deel van de deelnemers stelt men positieve veranderingen vast. Maar het meest indrukwekkende resultaat is het volgende: 41% van de lopers meldt een verbeterde slaap en 54% daarvan zegt minder stress te hebben dankzij het JCPMF-programma.*
- Naargelang de leeftijd zegt 78% tot 89% van de respondenten dat JCPMF hen "in zeer hoge mate" of "in hoge mate" weer zin heeft gegeven om meer te bewegen.*
- Naast de betaalbare prijs maken volgende elementen het programma zo succesvol: de aanwezigheid van een getrainde coach, de groepssfeer, het aspect van een sportevenement en de wederzijdse steun die zich in de groep ontwikkelt.*

Sleutelwoorden: sport, evaluatie, gezondheid

### 1. Inleiding

"Je cours pour ma forme" (JCPMF) is een programma dat de fysieke conditie bevordert door middel van lopen. Het is in de eerste plaats bedoeld voor mensen die niet of niet heel sportief zijn. De franstalige CM ziekenfondsen organiseren sinds enkele jaren trainingssessies in Brussel en Wallonië waarmee duizenden deelnemers op een informele manier het plezier van het bewegen (her)ontdekken.

Via een online vragenlijst gaf Infor Santé (de Franstalige gezondheidspromotiedienst CM) het woord aan de lopers. Doel van het onderzoek: nagaan in welke mate het programma gewaardeerd wordt en wat de invloed is op de gezondheid van de deelnemers.

Ook de studiedienst werkte mee aan deze studie door de verzamelde gegevens te verwerken. Na een korte beschrijving van het JCPMF programma stellen we de belangrijkste resultaten van dit onderzoek voor.

## 2. Programma

Het JCPMF fitness-joggingprogramma werd geleidelijk ingevoerd sinds 2009 en strekt zich nu uit tot zes van de acht Franstalige regionale CM-Ziekenfondsen (MC Namur, MC Hainaut Orientale, MC Hainaut-Picardie, MC Liège, MC Brabant-Wallon, MC Saint-Michel). In 2017 namen 5.545 lopers deel aan de verschillende sessies die door de Franstalige ziekenfondsen werden georganiseerd (tabel 1).

Het JCPMF-programma is opgezet in samenwerking met de vzw Sport et Santé, die ook sessies aanbiedt in partnerschap met steden en gemeenten. In 2017 beheerde CM 1/3 van alle sessies in België.

### 2.1. Doelstellingen

Het primaire doel van het JCPMF programma is om mensen weer te doen bewegen. Dit is een "gezondheidsdoelstelling". Dit programma is ook gericht op het meer globale welzijn van de persoon, door het gevoel van eigenwaarde te versterken, zich het eigen lichaam opnieuw toe te eigenen en door sociale integratie. Meer in het algemeen zijn tijd nemen voor zichzelf en een goede lichaamsverzorging bevorderlijk voor ieders evenwicht.

### 2.2. Principe

Het programma loopt over een 12-weekse trainingscyclus met 3 sessies per week. Er zijn drie niveaus: 0-5 km, 5-10 km, 10 km en meer.

Aan het einde van het eerste niveau kan de deelnemer een afstand van 5 km afleggen zonder te stoppen. Op het tweede niveau worden afstanden tot 10 km afgelegd, altijd volgens hetzelfde principe. Het derde niveau is onderverdeeld in subcategorieën waarin wordt gewerkt aan snelheid, uithoudingsvermogen of beheersing van oneffen terrein.

Momenteel zijn sommige ziekenfondsen bezig met het opzetten van proefprojecten rond een "sessie 0" voor zeer sedentaire personen of voor specifieke groepen.

### 2.3. Coach

Het innovatieve van het programma zit deels in het niveau van coaching: van de 3 wekelijkse sessies in het programma wordt 1 sessie begeleid en zijn 2 sessies gratis. Tijdens de begeleide sessie begeleidt een getrainde coach een kleine groep joggers. Dit biedt ook de sleutel tot een effectievere individuele training.

### 2.4. Kaarten

Dit is een ander innovatief element van het programma. CM heeft een kaartspel ontwikkeld met het complete trainingsprogramma en gezondheidstips (programma's van 0-5 km en 5-10 km). Bij elke trainingssessie hoort een kaart met het programma van de dag (Afbeelding 1). De loper is dus autonoom terwijl hij toch een vooraf bepaald programma volgt.

Afbeelding 1: Het JCPMF-kaartspel



### 2.5. Prijs

Ook de prijs is zeer toegankelijk. Voor CM-leden: 0 tot 35 euro, voor niet-leden: 30 tot 40 euro per cyclus van 12 weken.

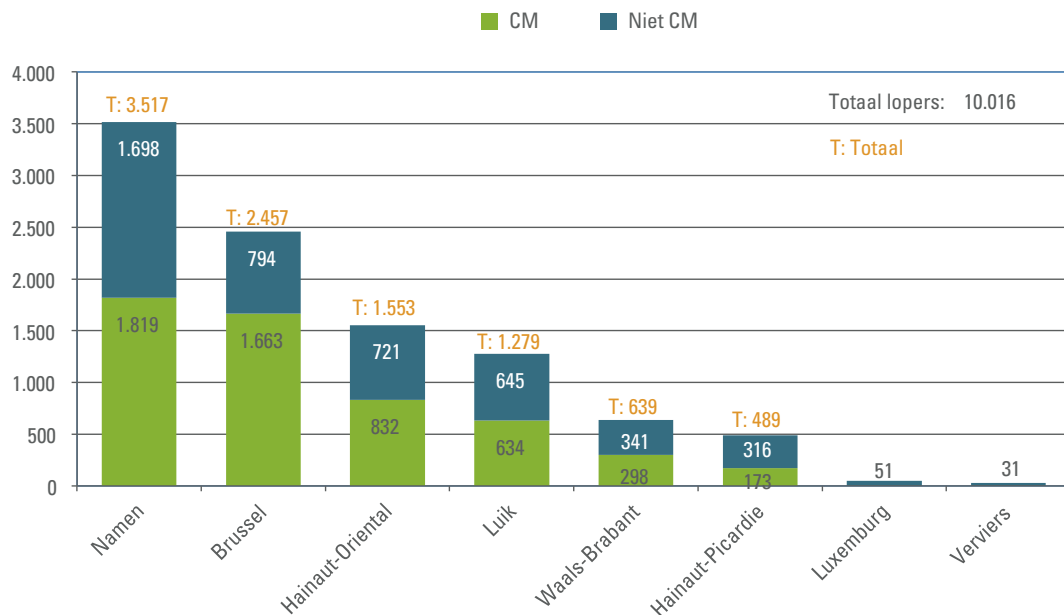
## 3. Voornaamste onderzoeksresultaten

In 2017 werd een groot onderzoek in de vorm van een online vragenlijst uitgevoerd. De enquête werd verstuurd naar 10.016 lopers (alle lopers in onze databases sinds de lancering in 2009), waarvan 4.597 CM-leden en 5.419 niet-leden (Figuur 1). De respons bedroeg 17% (1.694 respondenten).

Tabel 1: JCPMF-programma 2017 - aantal sessies en deelnemers per CM

2017	MC Hainaut Picardie	MC Namur	MC Brabant Wallon	MC Liège	MC Hainaut Orientale	MC Saint-Michel	Totaal
Aantal sessies	31	33	17	20	39	56	196
Aantal deelnemers	573	1500	324	990	966	1192	5.545

**Figuur 1: Aantal gecontacteerde personen per regio (op basis van de postcode en afhankelijk van lidmaatschap bij de CM)**

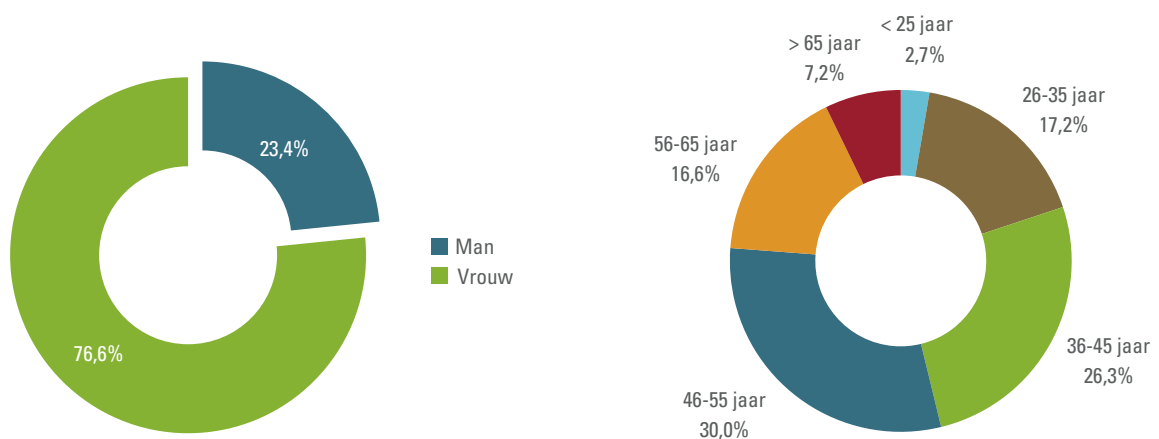


### 3.1. Wie zijn de lopers? Hoe nemen ze deel aan het programma?

Van de lopers die op de enquête hebben gereageerd, zijn ¾ vrouwen. Meer dan de helft van de lopers is tussen de 36 en 55 jaar oud (Figuur 2).

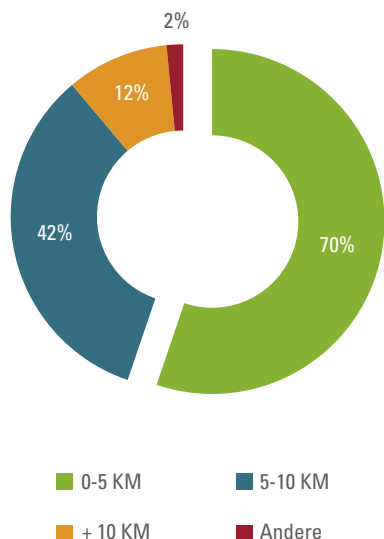
De meerderheid van de lopers nam – in het traject van het JCPMF-programma – deel aan sessies van 0-5 km (70%). Nog eens 42% nam deel aan sessies van 5-10 km (Figuur 3). Dit stemt overeen met de primaire doelstellingen van het programma: opnieuw beginnen te bewegen door zich te richten op kleine afstanden.

**Figuur 2: Leeftijd en geslacht van de respondenten**





**Figuur 3: Aan welke sessie(s) hebt u deelgenomen? (een zelfde persoon kan aan meerdere soorten sessies deelnemen)**



Het programma laat toe dat men achtereenvolgens deelneemt aan meerdere sessies van grotere afstanden, of dezelfde sessie meerdere malen herhaalt. Bijna 1/4 van de lopers nam deel aan meerdere sessies van verschillende afstanden.

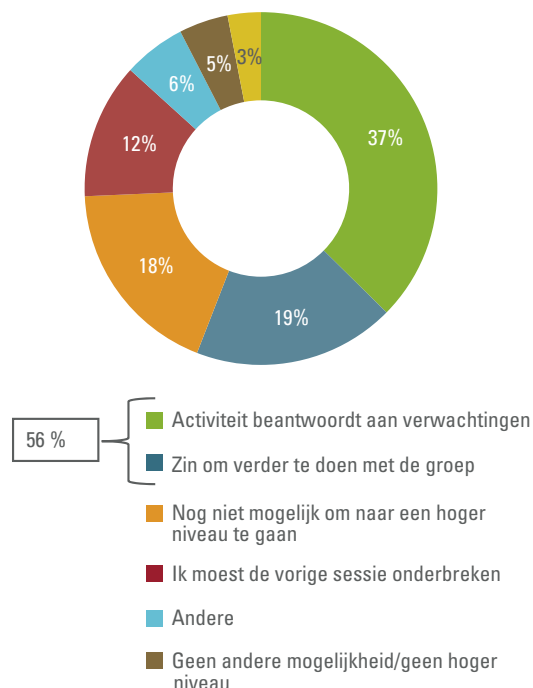
38% heeft dezelfde afstand herhaald. Waarom? Ten eerste (Figuur 4) omdat de activiteit overeenstemt met hun behoeften en omdat ze willen doorgaan met de groep die in JCPMF is gevormd. Zoals we later zullen zien, ligt de kracht van het programma deels in de gemoedelijke sfeer en de onderlinge steun die de deelnemers ondervinden.

Bijna 30% van de lopers begon opnieuw aan dezelfde sessie omdat ze niet naar de volgende fase van het programma konden overgaan (hetzij omdat deze te moeilijk was, hetzij door een onderbreking van het programma). JCPMF is geen competitieve activiteit: het zet iedereen ertoe aan om in zijn eigen tempo opnieuw te bewegen, wat soms meer dan één sessie vereist.

### 3.2. Gewoontes van de lopers

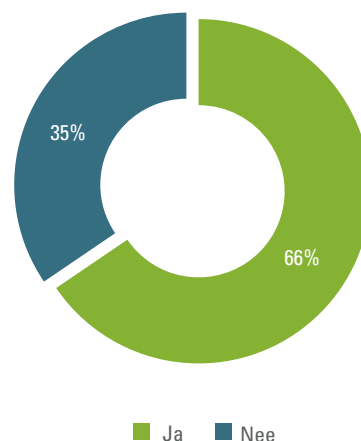
Het programma raadt aan om meerdere keren per week te lopen om fit te blijven en een voldoende hoog fitheidsniveau te handhaven. Eens ze uit de startblokken waren, wilden we weten of de lopers tussen de sessies door hun training voortzetten: het merendeel antwoordde hierop "ja". 69% van de deelnemers loopt tussen de JCPMF-sessies door, en 66% van de personen die ooit een sessie hebben bijgewoond, blijft lopen.

**Figuur 4: Redenen om opnieuw aan dezelfde sessie te beginnen**

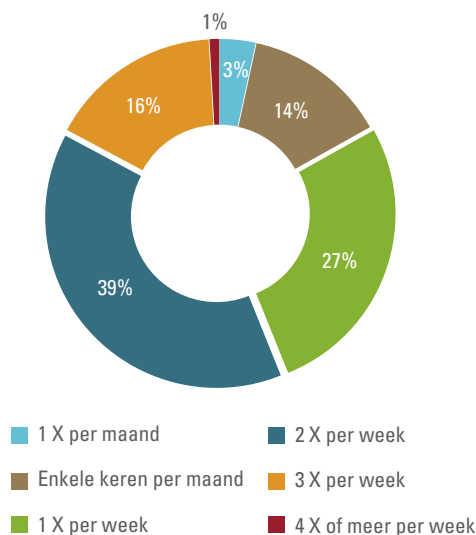


Loopt men alleen of in gezelschap? Volgens de enquête loopt 47% alleen en 53% samen met minstens 1 andere jogger. De samenstelling van het gezelschap: in 32% van de gevallen gaat het om een andere JCPMF-deelnemer.

**Figuur 5: Gaat u blijven lopen? (vraag aan degenen die in het verleden minstens één JCPMF-sessie hebben bijgewoond, maar nu aan geen andere sessies deelnemen)**



**Figuur 6: Loopfrequentie van personen die nog steeds lopen (hoewel ze op dit moment aan geen JCPMF-sessies deelnemen)**

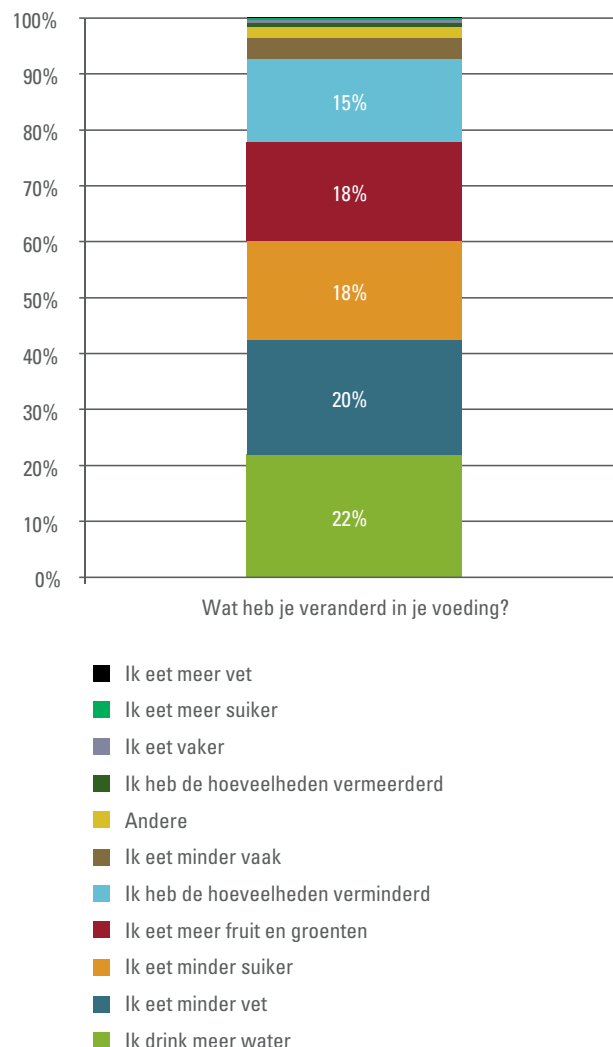


### 3.3. Een positieve impact op de gezondheid

We onderzochten verschillende aspecten van de gezondheid, zowel op het gebied van gedrag als van waargenomen effecten. Het betreft hier zelfgerapporteerde uitspraken. Hoewel het niet mogelijk is om het effect van het programma in deze gedragsveranderingen duidelijk te kwantificeren, merken we een positieve invloed en een positieve evolutie in de 8 onderzochte dimensies.

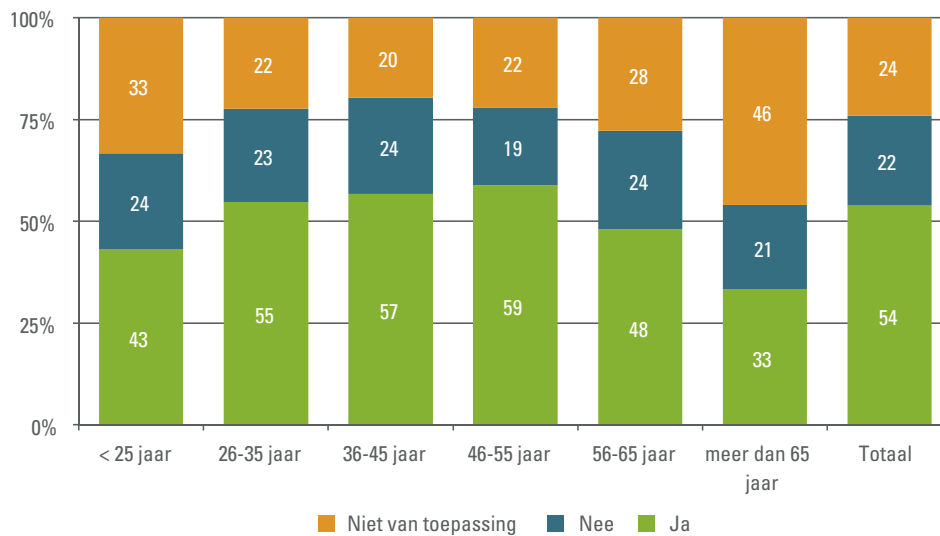
- **Veranderd voedingspatroon:**  
1/4 van de respondenten geeft aan dat ze hun voedingspatroon hebben gewijzigd. Hoe? 22% zegt meer water te drinken, 20% eet minder vet, 18% minder suiker, 18% meer groenten en fruit en 15% gebruikt kleinere maaltijden (zie Figuur 7).
- **Verandering van het alcoholgebruik**  
66% van de respondenten zegt bezorgd te zijn over hun alcoholgebruik. In deze groep veranderde 14% hun alcoholgebruik (vooral door de hoeveelheden te verminderen, maar ook door minder alcoholische dranken te consumeren).
- **Verandering van het tabaksgebruik**  
Van de respondenten gebruikt 17% tabaksproducten en meer dan 1/3 van hen geeft aan dat ze nu minder of niet meer roken.
- **Verandering in het gebruik van kalmeringsmiddelen, anxiolytica en antidepressiva**  
We vroegen de lopers naar hun gebruik van deze 3 soorten geneesmiddelen. In totaal meldde 8% van de respondenten dat ze deze geneesmiddelen gebruiken. In deze kleine groep

**Figuur 7: Wat is er veranderd in uw voedingsgewoonten?**



- kon 31% van hen hun gebruik tijdens of na hun deelname aan JCPMF verminderen of stopzetten.
- **Verandering in het gebruik van slaapmiddelen**  
We vroegen de lopers naar hun gebruik van slaapmiddelen en andere slaapbevorderende geneesmiddelen. Bijna een op de tien respondenten gebruikt deze (9%). Binnen deze kleine groep kon 37% hun verbruik tijdens of na de deelname aan JCPMF verminderen of stopzetten.
- **Verbetering van slaap, stress en fitheid**  
De lopers melden een verbeterde slaap (41%) en minder stress (54%) dankzij het JCPMF-programma. Dit laatste percentage is zelfs nog hoger (zie Figuur 8) als we ons richten op het meest gespannen deel van de bevolking: de leeftijdscategorie 36-55 jaar, deze "sandwich"-generatie, die nog steeds jonge kinderen heeft maar ook ouder wordende ouders die meer zorg en aandacht nodig hebben, en tegelijk een professionele loopbaan nastreeft.

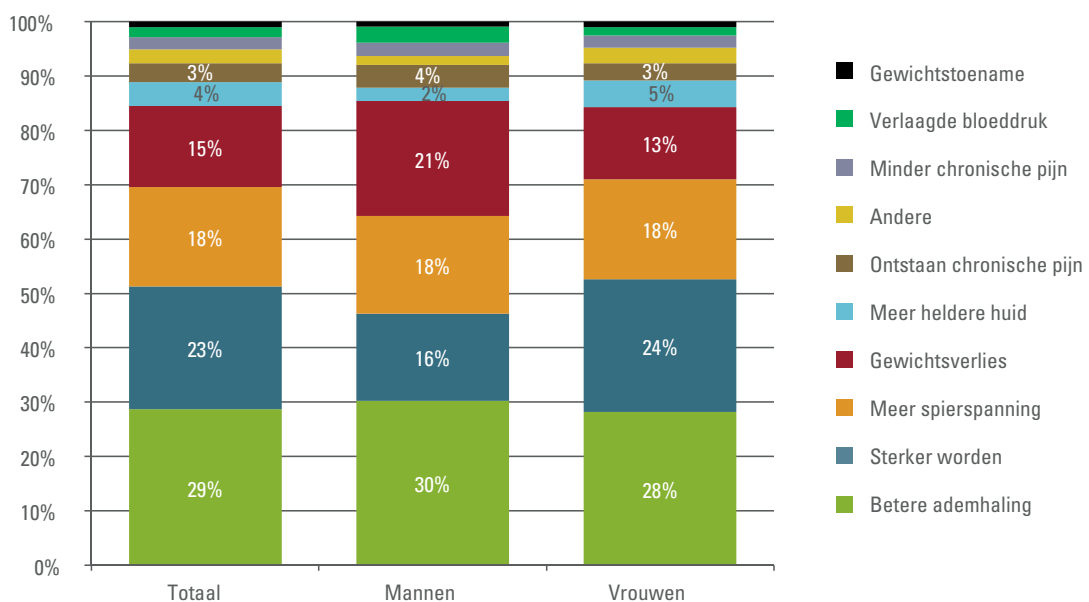
**Figuur 8: Hebt u tijdens uw deelname aan het JCPMF-programma (per leeftijdsgroep) een afname van stress ervaren?**



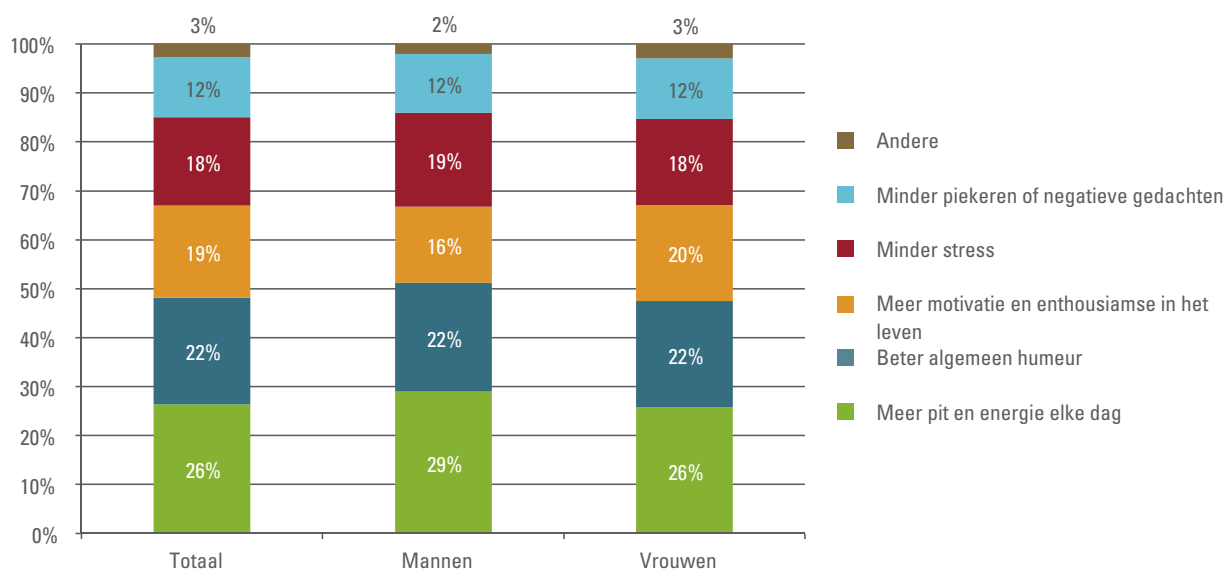
Een groot aantal (70%) identificeert ook fysieke verbeteringen zoals een betere ademhaling, afslanken, krachttoename en tonustoename (zie de eerste 3 items in Figuur 9), evenals

psychologische verbeteringen (67%) zoals verhoogde energie, betere algemene stemming, verhoogde motivatie en dagelijkse vitaliteit (zie de eerste 3 items in Figuur 10) en verminderde stress.

**Figuur 9: Fysieke veranderingen na het JCPMF-programma**



**Figuur 10: Psychische veranderingen na het JCPMF-programma**

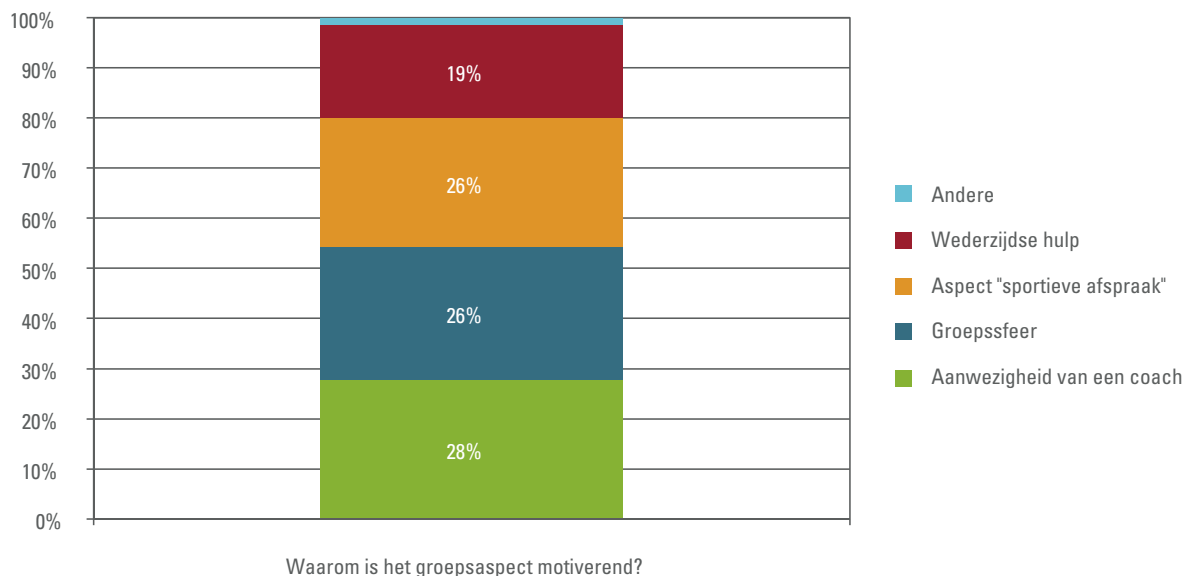


### 3.4. Een gewaardeerd programma

Het JCPMF-programma wordt gewaardeerd door lopers, met name omwille van het "groepsaspect", in tegenstelling tot het solo-joggen dat doorgaans in webwinkels wordt aangeboden. Zo geeft 92% van de lopers aan dat het "groepsaspect" een motivatie is om te starten met het programma.

Deze motivatie is gebaseerd op 4 factoren (in dalende volgorde van vermeldingsfrequentie): de aanwezigheid van een getrainde coach, de groeps sfeer, het aspect van een sportieve afspraak en de wederzijdse ondersteuning die zich in de groep ontwikkelt (Figuur 11).

**Figuur 11: Hoe motiveert het 'groepsaspect'?**



Bovendien heeft het JCPMF-programma 71% van de lopers in staat gesteld om nieuwe mensen te ontmoeten, en wordt 32% van de lopers vergezeld van een andere (voormalige) JCPMF-deelnemer.

Op de vraag of ze een andere sport willen beoefenen dan joggen in een programma als JCPMF, met zijn groepsstructuur en een bewezen coachingsysteem, antwoordt meer dan ¾ van de joggers bevestigend.

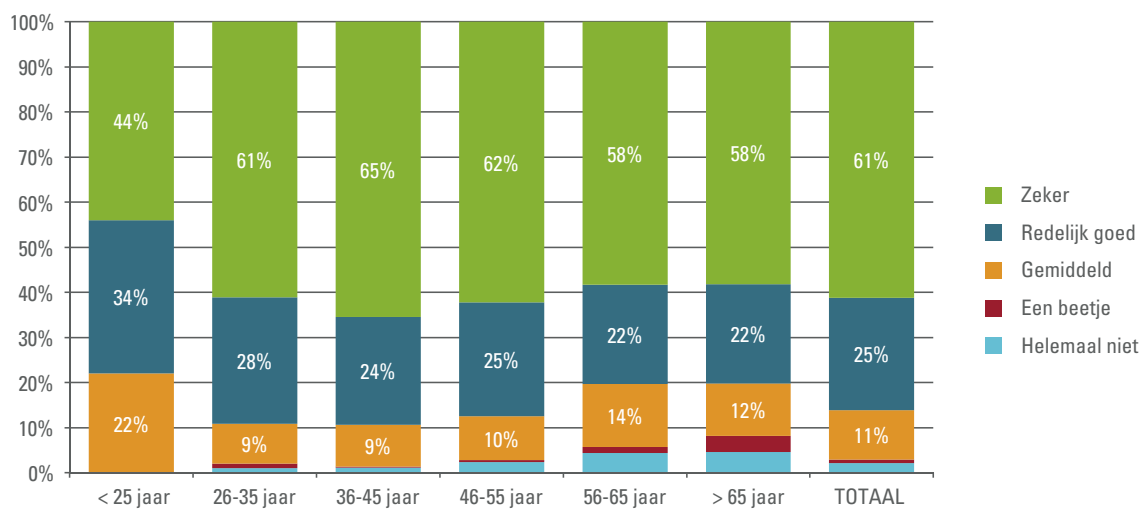
#### 4. Besluit: een programma dat aan zijn doelstellingen beantwoordt

Het primaire doel van het programma - het opnieuw aan het bewegen krijgen - is volledig bereikt. Naargelang de leeftijd is

78% tot 89% van de respondenten van mening dat JCPMF hen "helemaal" of "in grote mate" opnieuw zin heeft gegeven om te gaan bewegen!

Ook de andere indicatoren van de "gezondheidsdoelstellingen" bevinden zich in het groen: stressvermindering, fysieke verbeteringen, psychisch welzijn, gedragsverandering inzake het gebruik van tabak of medicatie (en in mindere mate alcohol): positieve resultaten in overvloed. We willen ook wijzen op de rol van het programma in de sociale integratie: de overgrote meerderheid van de lopers onderstreept het belang van het groepsaspect, met name het sportieve samenzijn en de wederzijdse ondersteuning. Meer dan 7 op de 10 zeggen dat ze nieuwe mensen hebben kunnen ontmoeten binnen het programma. In één woord: SUCCES voor een programma dat nog een mooie toekomst in het verschiet heeft! De sessies van 2018 zijn zeer succesvol en de samenwerking met de vzw Sport & Santé wordt in 2019 verlengd.

Figuur 12: Heeft JCPMF u (opnieuw) zin gegeven om meer te bewegen?



## 1. Onderzoek naar solidariteit in Nederland

Net als in België, is ook in Nederland het gezondheidsstelsel gebaseerd op solidariteit. Zowel in 2013, 2015 als 2017 deed het Nederlandse onderzoeksinstituut Nivel onderzoek naar dit thema. Bij een steekproef van panelleden van het Consumentenpanel werd een meting gedaan van:

- de solidariteit: de bereidheid om te betalen voor zorg van anderen die men zelf nog niet gebruikt;
- de verwachte solidariteit: de verwachting dat anderen bereid zijn om te betalen voor zorg die men zelf nog niet gebruikt;
- de solidariteit met specifieke groepen: de vraag of bepaalde groepen meer moeten betalen voor de basisverzekering.

### 1.1. Solidariteit

Over de jaren heen zijn de Nederlanders zeer solidair: in 2017 is 74% bereid om in het basispakket te betalen voor zorgbehandelingen van anderen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt. Na een daling in 2015 tot 63%, ligt dit aandeel terug in lijn van dat uit de eerste peiling in 2013 (73%). Zoals kon verwacht worden, is de mate van solidariteit nog groter bij mensen met een hoger inkomen. In elk van de onderzoeksjaren blijkt ook dat hoogopgeleiden het meest solidair zijn en laagopgeleiden het minst (85% tegenover 57% in 2017).

Voor de meeste parameters is er geen lineaire stijgende of dalende trend. De enige uitzondering hierop is vastgesteld voor de resultaten in functie van de gezondheidstoestand. Bij personen die hun gezondheid als matig of slecht beoordelen, wijzen de resultaten op een significante dalende trend in de solidariteit (72% in 2013 en 61% in 2017).

### 1.2. Verwachte solidariteit

In 2013 verwachtte 60% van de respondenten dat anderen bereid waren om in de basisverzekering te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt. Na een 'dip' in 2015 (54%) is dit in 2017 terug toegenomen tot 62%. De verwachte betalingsbereidheid is ieder jaar lager dan de eigen betalingsbereidheid. Net als bij de resultaten voor de solidariteit, is er ook hier geen sprake van een globale significante lineaire stijgende of dalende trend.

De verwachte solidariteit is hoger bij mensen met een hoger inkomen, bij ouderen en bij mensen met een (zeer) goede gezondheid. Voor de verwachte solidariteit is er een trend merkbaar in functie van het opleidingsniveau: door de jaren heen geeft een lager percentage laagopgeleiden aan dat zij verwachten dat anderen bereid zijn te betalen voor zorgbehandelingen waar men zelf (nog) geen gebruik van maakt.

### 1.3. Solidariteit met bepaalde groepen

Een grote meerderheid van de Nederlanders is van oordeel dat mensen met een genetische aanleg voor een ziekte of mensen in slechte gezondheid niet meer moeten betalen voor het basispakket. De solidariteit is ook hoog ten aanzien van mensen die vaak de huisarts bezoeken of veel zorg gebruiken.

Er is minder solidariteit met mensen met een 'ongezonde levensstijl', veel alcoholgebruik of een hoog inkomen. Hierbij geeft respectievelijk 43%, 43% en 39% van de respondenten aan dat deze groepen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan groepen met een 'gezonde levensstijl', weinig alcoholgebruik of een laag inkomen. Respondenten zijn het minst solidair met rokers: 56% geeft aan dat zij meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan niet-rokers.

Enkele opvallende trends:

- Steeds minder Nederlanders geven aan dat mensen met een ongezonde levensstijl meer moeten betalen voor de basisverzekering.
- De mening over het onderwerp 'roken' schommelt door de jaren heen. In 2015 heeft een hoger percentage respondenten aangegeven dat niet-rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering dan rokers in vergelijking met 2013 en 2017.
- Door de jaren heen vindt een kleiner percentage dat alcoholgebruikers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering (51% in 2013 en 43% in 2017). Steeds meer mensen zijn van oordeel dat beide groepen evenveel moeten betalen. Eenzelfde trend is vastgesteld voor 'zorggebruik'.

### 1.4 Solidariteit met de eigen groep

- Over het algemeen is er bij de Nederlanders, ongeacht de leeftijd, een hoge mate van solidariteit met ouderen.
- Verder vinden respondenten dat hoge inkomens meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering. Bij de hoge inkomens is er wel een trend merkbaar waarbij een steeds kleiner aandeel vindt dat hogere inkomens meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering.
- Er is veel onderlinge solidariteit tussen rokers. Bij de groep niet-rokers geeft het hoogste percentage aan dat rokers meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering (63% in 2017).
- Respondenten die aangeven nooit alcohol te drinken zijn door de jaren heen meer solidair geworden met mensen die veel alcohol drinken. Een steeds groter aandeel is van oordeel dat alcoholgebruikers evenveel moeten betalen voor de basisverzekering en een steeds kleiner aandeel dat zij meer zouden moeten betalen.

- Ten slotte zijn regelmatige sporters meer solidair geworden met mensen die onvoldoende bewegen en zijn zij dus minder de mening toegedaan dat mensen die onvoldoende bewegen meer zouden moeten betalen voor de basisverzekering.

Meer informatie: Kooijman M., Brabers A. en de Jong J. Solidariteit in de zorg: een onderzoek naar de bereidheid om voor anderen te betalen onder de algemene bevolking in 2013, 2015 en 2017. Utrecht; Nivel, 2018 (<https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=1003331>)

## 2. De financiering van de gezondheidsuitgaven in België

Het Instituut voor Duurzame Ontwikkeling analyseerde hoe de uitgaven voor gezondheidszorg in België gefinancierd zijn en wat hierin het aandeel is dat de patiënten dragen.

In 2017 besteedden de Belgen in totaal 43,8 miljard euro aan gezondheidszorg. Dit vertegenwoordigt 10% van het bbp, een aandeel dat vrij stabiel is en in 2017 vergelijkbaar is met dat van Oostenrijk, Denemarken, Nederland, Noorwegen en Zweden. In Frankrijk en Duitsland bedraagt dit aandeel meer dan 11%.

In dit totale bedrag van ruim 43 miljard euro zijn ook de kosten vervat voor het beheer van het systeem, alsook de tussenkomsten van facultatieve verzekeringen en de rechtstreekse betalingen van de gezinnen. Dit verklaart waarom de gezondheidszorgprestaties (= uitgaven voor de samenleving) – in 2017 30,1 miljard in de nationale rekeningen – slechts 68,7% uitmaken van de totale gezondheidsuitgaven geregistreerd door OESO.

Tussen 2005 en 2017 is er een daling van het aandeel van de facultatieve verzekeringen (van 5,5% naar 5,3%) en vooral van de rechtstreekse betalingen van de gezinnen (van 17,5% naar 16%) in de totaaluitgaven voor gezondheidszorg.

Voor wat betreft de ontvangsten, is er in de periode 2005-2017 een toename van het aandeel van middelen uit de algemene begroting (van 37,4% naar 39,3%). Het aandeel van de werknemers in het totaal van de bijdragen stijgt van 36,3% naar 37,7%.

Er is ook een dalende trend in het aandeel van de directe betalingen van de gezinnen in de financiering van de gezondheidszorg. Al moeten bij dit schijnbaar positieve verhaal enkele kanttekeningen geplaatst worden:

- Het aandeel van de eigen betalingen in het beschikbaar inkomen is de voorbije jaren dan wel gedaald, maar tussen 2005 en 2013 waren er ook toenames. Bovendien is de inspanning van de huishoudens – namelijk de directe betalingen voor gezondheidszorg als percentage van het beschikbaar inkomen, in 2017 groter dan in 2005.

- Het aandeel van de directe last van huishoudens is in België hoger dan in Denemarken, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg, Nederland, Noorwegen en Zweden, zeven Europese landen met een sterke welvaartsstaattraditie.
- Ten slotte hebben veel huishoudens het nog steeds moeilijk om hun gezondheidsuitgaven te betalen. In 2013 meldde 8,4% van de huishoudens dat ze gezondheidszorg om financiële redenen moesten uitstellen en 25,9% had moeite om de gezondheidsuitgaven te betalen.

De huishoudbudgetenquête 2012-2014-2016 geeft een idee van de gezondheidsuitgaven gedragen door de huishoudens naar leeftijd en inkomen. Rekening houdend met het feit dat het hier gaat om uitgaven vóór de eventuele (gehele of gedeeltelijke) tussenkomsten en dat alleen huishoudens die gebruik hebben gemaakt van gezondheidszorg in aanmerking worden genomen, kan worden vastgesteld dat het aandeel van de door huishoudens betaalde gezondheidszorguitgaven afneemt met het inkomen en toeneemt met de leeftijd. Er moet nog vooruitgang worden geboekt op het gebied van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Meer informatie: <http://www.iddweb.be/>

## 3. Driekwart van de ouders is gestresseerd tijdens de examens van studerende kinderen

Teleblok, de gratis anonieme chatlijn van CM onderzocht naar aanleiding van de examenperiode voor de zomervakantie hoe zowel studenten als ouders de examens beleven. In het totaal antwoordden 1.279 ouders en 2.228 studenten op de vragenlijst.

Ouders voelen zich in het algemeen in staat om hun student goed te ondersteunen en hebben ook het gevoel hem vooruit te kunnen helpen (65%). Ouders krijgen van hun studenten een gemiddelde score van 6,7 op 10. Studenten die tijdens de blok zelden momenten hebben dat ze zich niet goed in hun vel voelen, geven meer punten aan hun ouders, zowel op vlak van 'genoeg doen', als op vlak van 'goed ondersteunen'. Ouders scoren wel minder op het 'begrijpen van de studieomstandigheden' (59%).

### 3.1. De examens hebben impact op de ouders en de sfeer thuis

De examenperiode is op emotioneel vlak ook voor de ouders een zware periode: 75% voelt meer stress en 84% is meer bezorgd over zijn student dan anders. Verder voelt de helft meer trots voor zijn student, maar ook meer angst dan buiten de examenperiode. Opvallend is dat 41% van de ouders zich meer vermoeid voelt tijdens de examenperiode en 20% minder energiek. Bij moeders komen gevoelens van stress, vermoeidheid en angst ongeveer 10 procent meer voor dan bij vaders. Omgekeerd tonen 10% meer vaders trots op zichzelf als ouder dan moeders.

Voor de meeste ouders verandert de situatie thuis niet zoveel door de examenperiode. Als er toch een verandering merkbaar is, is dat door een intensere relatie met de student (meer warme momenten, meer intense gesprekken, ..). Anderzijds heeft de examenperiode in veel gezinnen een negatief effect: meer dan anders een gespannen relatie tussen ouder en student (41%) of spanning bij de andere kinderen door de examens van broer of zus, bv. omdat ze stil moeten zijn (36%).

De meeste ouders (55%) vinden steun bij hun partner om even te ventileren over hun gevoelens met betrekking tot de student en de examenperiode. Opvallend: mannen vinden meer steun bij hun partner dan vrouwen, terwijl dit bij moeders vaak bij vrienden of collega's met studerende kinderen is. Waarschijnlijk helpt het delen van dezelfde situatie om zich te herkennen in elkaars verhalen en begrip te vinden bij elkaar. Het minst gemakkelijk gaan ouders bij hun eigen ouders stoom afblazen.

### 3.2. Wat doen ouders?

Bijna alle ouders (96%) vragen na een examen hoe het geweest is. De meeste ouders (77%), en dan vooral de moeders, verwennen hun student meer dan anders met lievelingseten, een volle voorraadkast of tussendoortjes. 61% van de ouders geeft zijn student vaker een complimentje. Ongeveer twee derde (vooral moeders en ouders die zelf verder gestudeerd hebben) houdt via een kalender bij wanneer de examens vallen. Evenveel ouders moedigen hun student aan om terug te beginnen studeren en proberen de druk wat te verminderen door te relativiseren. Meer dan de helft van de ouders gaat, meer dan anders, in gesprek met hun student over hoe het met hem gaat. 53% loopt op eieren en zal opmerkingen over zijn student inslikken om discussie te vermijden.

### 3.3. Ouders doen het algemeen goed.

Algemeen zijn studenten echt blij met wat hun ouders voor hen doen tijdens de examenperiode. Het meest van al appreciëren ze de dagelijks bereide maaltijden, dat ze de student zoveel mogelijk gerust laten en dat ze na een examen vragen hoe het geweest is. 57% van de studenten vindt het (heel) goed als ouders regelmatig zeggen dat het wel goed zal komen. Zowat elke student stelt het op prijs als zijn ouders hem tijdens de examens minder taken in het huishouden laten opnemen, als ze hem naar het examen of station brengen of ophalen en als ze rekening houden met de studies, bv. om het tijdstip van het eten te bepalen. Daartegenover staat dat studenten niet houden van negatieve opmerkingen over het gebruik van smartphone, tablet, TV of computer.

De bevraging leert vooral dat studenten ondersteunen maatwerk is. Veel hangt af van de student zelf of hij iets wel of niet leuk vindt. Waar de meeste studenten appreciëren dat hun ouder vraagt hoe het examen geweest is, vindt een kwart van

de studenten dit juist wel vervelend. En de helft van de studenten vindt het goed dat zijn ouder duidelijk toont als hij niet tevreden is met zijn punten, terwijl de andere helft dat heel vervelend vindt. De ene student apprecieert het dat zijn ouder het belang van een diploma en goede resultaten benadrukt, voor de andere student is dit helemaal andersom.

### 3.4. Lastige momenten

Meer dan de helft van de ouders, vooral de moeders, vindt het (heel) lastig dat hun student veel stress heeft tijdens de examenperiode, dat hun student enorm prikkelbaar is en dat hun student te veel bezig is met zijn smartphone, tablet of de TV. Over het algemeen vinden vaders deze situaties net iets minder lastig.

De helft van de ouders voelt zich (redelijk) verantwoordelijk voor de studieprestaties van zijn student. Zij leven volop mee en zijn vooral bezorgd voor de toekomst van hun student. De andere helft voelt zich eerder niet verantwoordelijk voor die studieprestaties. Zij vinden het wel hun taak om voor een goed studeerklimaat te zorgen, te steunen en de student te faciliteren. Het studeren zelf is de verantwoordelijkheid van de student zelf. Zij moeten het doen en de keuzes maken.

Op de momenten dat hun student het echt lastig had, proberen de meeste ouders te ondersteunen door aan te moedigen. Een kwart van de ouders, vooral moeders, heeft al eens een gesprek gestart over wat de ouder opmerkt bij de student en hoe dat ervaren wordt. Bijna geen enkele ouder zal door straffen proberen zijn student terug op het goede pad te brengen. Slechts 1 op 10 van de ouders zoekt vaak of altijd hulp of advies bij derden (vrienden, familie, collega's), slechts 6% zoekt regelmatig hulp of advies bij instanties zoals de dienst studentenvoorzieningen, CAW of Teleblok. Ongeveer een derde van de ouders weet niet bij wie ze terecht kunnen voor meer informatie over het schoolbeleid of bij wie ze terecht kunnen voor advies of hulp bij de begeleiding van zijn student.

Meer informatie: [https://www.teleblok.be/over\\_Teleblok/Pers](https://www.teleblok.be/over_Teleblok/Pers)

## 4. België zakt van 8<sup>ste</sup> naar 15<sup>de</sup> plaats op de Europese ladder van gezonde levensjaren

De Belgische ziekteverzekering, gekenmerkt door het verplicht karakter, de solidariteit en universele dekking, wordt alom geprezen voor zijn kwaliteit en toegankelijkheid. Niettemin brachten enkele rapporten al een aantal knelpunten aan het licht. Zo bleek uit het Health System Performance Assessment Report dat België zwak scoorde op indicatoren met betrekking tot gezondheidsbevordering en levensstijl. De resultaten op indicatoren rond geestelijke gezondheid werden zelfs als alarmerend omschreven. De OESO wees dan weer op de ernst van gezondheidsongelijkheden en de onvoldoende investering



in preventie. Tegenover deze tegenvallende resultaten staat de uitgavengroei voor gezondheidszorg, als aandeel van het bbp (van 7,1% in 1990 naar 10,4% in 2016).

In het licht van deze vaststellingen en rekening houdend met de druk op de sociale zekerheidsuitgaven en epidemiologische en demografische evoluties, onderzocht het Belgisch gezondheidsinstituut Sciensano de veranderingen in de gezondheidstoestand in België tussen 1990 en 2016 en vergeleek het die met andere Europese landen (EU15).

Globaal verbeterde de gezondheidstoestand van de Belgen in de bestudeerde periode, maar deze verbetering is minder groot in vergelijking met de andere landen van de EU15.

Enkele belangrijke veranderingen:

- De vastgestelde toename in levensverwachting bij de geboorte is vergelijkbaar met deze in de andere Europese landen. Dit geldt ook voor het sterftecijfer. Zowel bij mannen als bij vrouwen zijn Alzheimer en hartaandoeningen belangrijke doodsoorzaken.
- Het aantal verloren levensjaren door ziekte is tussen 1990 en 2016 sterk gedaald. Bij vrouwen is vroegtijdige sterfte in 2016 het meest te wijten aan hartaandoeningen, borstkanker en longkanker. Bij de mannen zijn de voornaamste oorzaken eveneens hartaandoeningen, longkanker en ten slotte zelfdoding.
- Op het eerste zicht lijken de resultaten met betrekking tot het aantal verloren levensjaren door ziekte voor België niet slechter dan deze van de andere landen van de EU15. Niettemin is vastgesteld dat België een sterke terugval kent in de EU15-ranking: van plaats 7 in 1990 naar plaats 14 in 2016. Voor een aantal specifieke aandoeningen ligt het aantal verloren levensjaren ook gevoelig hoger (vb. chronisch obstructief longlijden en longkanker). Het KCE wees eerder al op de minder positieve resultaten met betrekking tot vroegtijdige sterfte en in het bijzonder voor doodsoorzaken die door beleid beïnvloed kunnen worden.
- Vooral lage rugpijn, migraine, majeure depressies en valincidenten liggen aan de basis van levensjaren met beperkingen. Deze oorzaken blijven doorheen de tijd vrij stabiel. De resultaten voor België wijken ook niet af van deze van de andere landen van de EU15.
- Het onderzoek analyseerde ook het aantal verloren gezonde levensjaren door ziekte (disability adjusted life years of DALY's). Hierbij worden mortaliteit en morbiditeit in één index genomen. België kent een daling van het aantal verloren gezonde levensjaren tussen 1990 en 2016. De voornaamste oorzaak bij mannen wordt in 2016 gevormd door hartaandoeningen. Bij vrouwen is dit lage rugpijn. Zowel bij mannen als bij vrouwen neemt het belang van depressie toe. Binnen de EU15 is België teruggevallen van plaats 7 naar plaats 14. Binnen de EU28 is dit van de 8<sup>ste</sup> naar de 15<sup>de</sup> plaats.

- Er is vastgesteld dat het aandeel van de levensjaren met beperkingen in de index is toegenomen van 42% in 1990 tot 54% in 2016. Dit betekent dus dat de ziektelast in België in 2016 merendeels verklaard wordt door de jaren die mensen doorbrengen met beperkingen. De oorzaak hiervoor is deels te vinden in de stijging van de levensverwachting en van het aantal mensen met comorbiditeit. Verder is er een sterke toename van de ziektelast als gevolg van depressieve stoornissen, alcoholgebruik en valincidenten.
- De onderzoekers benadrukken dat roken, hoge bloeddruk, zwaarlijvigheid en alcoholgebruik de voornaamste risicofactoren zijn voor ziektelast. Ze leiden tot hartaandoeningen, tumoren en diabetes. Deze factoren kunnen we beïnvloeden. Er is dan ook heel wat gezondheidswinst te boeken door in te werken op deze risicofactoren die het meest bijdragen tot de ziektelast in België. Andere factoren zijn de aanwezigheid van asbest en luchtvervuiling.

De redenen voor de minder gunstige resultaten zijn veelvuldig. De onderzoekers verwijzen onder meer naar demografische evoluties en beleidsmaatregelen, maar ook de versnippering van de bevoegdheid over gezondheid. Er wordt op gewezen dat het Belgisch gezondheidsbeleid meer gericht moet zijn op risicofactoren en op aandoeningen die de grootste ziektelast veroorzaken. Bovendien moeten meer inspanningen gedaan worden om gezondheidsdoelstellingen te formuleren en om zich bij preventieve acties nog meer te richten op de risicogroepen. Een ander aandachtspunt voor de Europese landen is het aanpakken van de gezondheidsongelijkheden.

Meer informatie: C. Maertens e.a. Changes in health in Belgium, 1990–2016: a benchmarking analysis based on the global burden of disease 2016 study. BMC Public Health (2018) 18:775 (<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5708-y>)

# Jaarverslag 2017

In haar recentste jaarverslag maakt CM een balans op van het werkjaar 2017. Het verslag bestaat uit vier delen.

**Deel 1** staat stil bij een aantal belangrijke ontwikkelingen in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in 2017. Naast een korte beschrijving van maatregelen en evoluties, wordt ook stilgestaan bij de rol van CM hierin. Via studies, beleidsvoorstellen, gerichte acties, via vertegenwoordiging in de talrijke raden en commissies, wil CM actief meebouwen aan de gezondheidszorg van vandaag en morgen. Gedreven door een fundamenteel geloof in het belang van solidariteit en sociale rechtvaardigheid, ijvert CM zo voor een breed toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg.

**Deel 2** bevat een overzicht van nationale onderzoeken en campagnes, al dan niet met uitlopers in de regionale ziekenfondsen en andere activiteiten van de regionale ziekenfondsen die nauw aansluiten bij de noden en interesses van hun leden.

Aan de hand van deze concrete voorbeelden, wil CM vooreerst de boodschap geven dat ze méér is dan een verzekeraar tegen de risico's van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Als 'gezondheidsfonds' neemt CM verschillende initiatieven om een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen en probeert ze mensen wegwijs te maken in gezondheid en gezondheidszorg. Ook organiseert CM allerhande acties en campagnes om mensen te helpen gezonder in het leven te staan, alsook activiteiten waarin vrijwilligers zich kunnen ontplooiën.

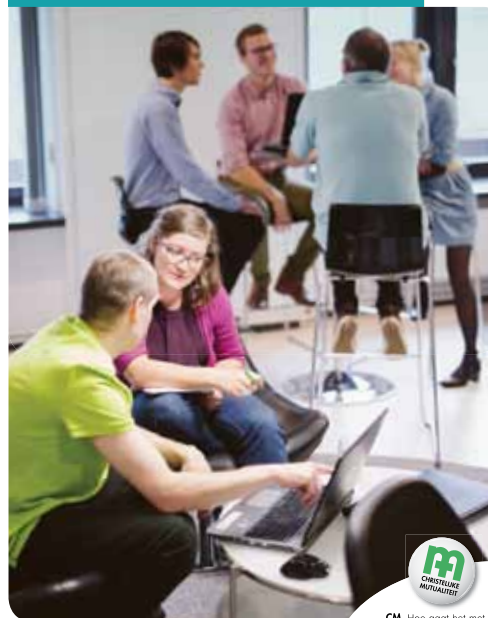
**Deel 3** van dit jaarverslag biedt een overzicht van de samenwerking tussen CM en de verschillende bewegingen in 2017 en van acties die deze bewegingen organiseerden. Bovendien focust dit gedeelte op de rol die CM internationaal vervult.

**Deel 4** ten slotte geeft een aantal kerncijfers weer van CM binnen het landschap van de ziekenfondsen en van het profiel van haar leden. Ook het financieel verslag is in dit deel ondergebracht.

Het jaarverslag 2017 is in digitale vorm beschikbaar en kan geraadpleegd worden op de website van CM: <https://www.cm.be/actueel/jaarverslagen/lcm>.

LCM

Activiteitenverslag 2017



CM. Hoe gaat het met u?

CM Informatie is het driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten. Het bevat de resultaten van relevante CM-studies en achtergrondinformatie over de federale en regionale systemen van sociale bescherming en de andere takken van de sociale zekerheid, en over het gezondheids- en welzijnsbeleid. Elke geïnteresseerde kan zich op het tijdschrift abonneren. Verder wordt het tijdschrift verspreid onder een personen voor wie het, in hoofde van hun functie en taken in de samenleving, relevant is om op de hoogte te blijven van deze informatie (CM-medewerkers, bestuursleden van CM en aanverwante organisaties, andere studiediensten, persverantwoordelijken, politiek verkozenen, ...). Uiteraard gebruiken we het adressenbestand enkel en alleen voor dit tijdschrift.

Wens je CM-Informatie niet meer te ontvangen, dan kan je dit schriftelijk laten weten:

Landsbond der Christelijke Mutualiteiten – R&D  
Mieke Hofman  
Haachtsesteenweg 579  
1031 Schaarbeek

Je kan dit ook per mail laten weten: [cminfo@cm.be](mailto:cminfo@cm.be)

## Inhoud

**Redactioneel** 3

**Kwaliteit van zorg** 4

Twaalf pilootprojecten op weg naar meer geïntegreerde zorg

**Organisatie van de zorg** 11

Het verbeteren van de organisatie van chronische zorg in een thuiszorgorganisatie

**Concept gezondheid** 21

Enquête naar aanleiding van het CM-symposium 'Samen voor Positieve Gezondheid'

**Chronisch zieken** 30

"Ik geraak er niet" Vervoersarmoede, een probleem voor mensen met een chronische ziekte?

**Gezondheidsbevordering** 36

Het programma 'Je cours pour ma forme': evaluatie onder de deelnemers

**CM in het kort** 44

**Jaarverslag 2017** 48

## CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

## Colofon

**Verantwoordelijke uitgever** Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen  
**Hoofdredactie** Michiel Callens  
**Eindredactie** Rebekka Verniest en Mieke Hofman  
**Layout** grafische vormgeving LCM  
**Druk** Artoos  
**Retouradres** LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579,  
PB 40, 1031 Brussel